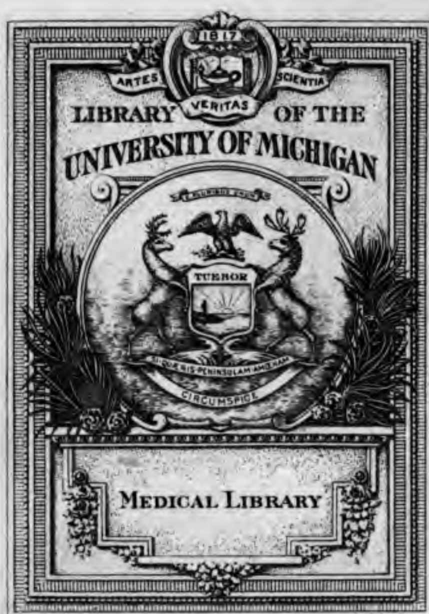



1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

ANNALI UNIVERSALI

DI

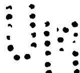
MEDICINA E CHIRURGIA

PARTE RIVISTA

GIÀ DIRETTA DA G. B. SORESINA E M. DE-CRISTOFORIS

ORA DA

A. CORRADI



VOLUME 254

2.° SEMESTRE 1880

MILANO

FRATELLI RECHIEDEI EDITORI

1880.

Fig. I.ª



Fig. IIª.

A

A

C

B

D



RIVISTA D'ANATOMIA PATOLOGICA

del prof. G. WEISS di Ferrara.

Flaischen — *Un caso di psammosarcoma dell'ovaja.*

Boegehold — *Un caso di sarcoma lipomatoso.*

Weigert — *Cancro del dutto toracico.*

Rump — *Un caso di nevromi multipli.*

Brigidi e Tafani — *Studio anatomico di un caso di elefantiasi degli Arabi.*

Kangov e Virchow — *Echinococco e frattura spontanea del femore.*

Hansen — *Il batterio della lebbra.*

Tizzoni — *Sulla patologia sperimentale delle glandule linfatiche, e sulla natura della influenza gangrenosa.*

Schultze — *Studio delle affezioni spinali che compajono in seguito a improvvisa rarefazione atmosferica, con alcune osservazioni intorno alla degenerazione secondaria.*

Virchow — *Dello sviluppo di coda nell'uomo.*

Mazzotti — *Un caso di trasposizione completa dei tronchi arteriosi del cuore.*

Stocquart — *Descrizione anatomica di un caso di sinfisi renale.*

Friedländer — *Un caso di aneurisma disseccante dell'aorta.*

Mazzotti — *Delle alterazioni dell' apparecchio digerente nella tisi polmonare.*

Mazzotti — *Sopra un caso di esofagite ulcerosa.*

Taruffi — *Due rare alterazioni di fegato.*

Conti — *La cellula gigante nella ovaja.*

Friedländer — *Un caso di neoformazioni leucoemiche multiple del cervello e della retina.*

Heuck — *Due casi di leucoemia con singolari reperti nel sangue e nel midollo osseo.*

Lodi — *Contribuzione allo studio della leucocitemia, del linfoma maligno, e della anemia essenziale.*

Weigert — *Anemia perniciosa con estesa linfangectasia; le vie linfatiche ripiene di linfa simile al sangue.*

Foà — *Contribuzione allo studio della malattia dell'Addison.*

Hindenlang — *Pigmentazione di ghiandole linfatiche, del fegato e di altri organi in un caso di Morbus maculosus Werlhofii.*

Eberth — *La degenerazione amiloide.*

Fig. I.ª



Fig. IIª.



Nardecchia
11-18-47
60 F03

RIVISTA D'ANATOMIA PATOLOGICA

del prof. G. WEISS di Ferrara.

Flaischen — *Un caso di psammosarcoma dell'ovaja.*

Boegehold — *Un caso di sarcoma lipomatoso.*

Weigert — *Cancro del dutto toracico.*

Rump — *Un caso di nevromi multipli.*

Brigidi e Tafani — *Studio anatomico di un caso di elefantiasi degli Arabi.*

Kangov e Virchow — *Echinococco e frattura spontanea del femore.*

Hansen — *Il batterio della lebbra.*

Tizzoni — *Sulla patologia sperimentale delle glandule linfatiche, e sulla natura della influenza gangrenosa.*

Schultze — *Studio delle affezioni spinali che compajono in seguito a improvvisa rarefazione atmosferica, con alcune osservazioni intorno alla degenerazione secondaria.*

Virchow — *Dello sviluppo di coda nell'uomo.*

Mazzotti — *Un caso di trasposizione completa dei tronchi arteriosi del cuore.*

Stocquart — *Descrizione anatomica di un caso di sinfisi renale.*

Friedländer — *Un caso di aneurisma disseccante dell'aorta.*

Mazzotti — *Delle alterazioni dell' apparecchio digerente nella tisi polmonare.*

Mazzotti — *Sopra un caso di esofagite ulcerosa.*

Taruffi — *Due rare alterazioni di fegato.*

Conti — *La cellula gigante nella ovaja.*

Friedländer — *Un caso di neoformazioni leucoemiche multiple del cervello e della retina.*

Heuck — *Due casi di leucoemia con singolari reperti nel sangue e nel midollo osseo.*

Lodi — *Contribuzione allo studio della leucocitemia, del linfoma maligno, e della anemia essenziale.*

Weigert — *Anemia perniciosa con estesa linfangectasia; le vie linfatiche ripiene di linfa simile al sangue.*

Foà — *Contribuzione allo studio della malattia dell'Addison.*

Hindenlang — *Pigmentazione di ghiandole linfatiche, del fegato e di altri organi in un caso di Morbus maculosus Werlhofii.*

Eberth — *La degenerazione amiloide.*

Curschmann — *Il verde d' anilina e i tessuti colpiti da degenerazione amiloide.*

Fleischer — *Intorno all'assorbimento cutaneo.*

Lassar — *Del raffreddamento.*

Tillmanns — *Ricerche sperimentali e anatomiche intorno alle ferite del fegato e dei reni.*

Baumgarten — — *Del dottrinale della così detta organizzazione dei trombi e della questione intorno alla produzione patologica del connettivo.*

FLAISCHEN. — **Ein Fall von Psammocarcinoma des Ovariums.** (*Un caso di psammocarcinoma dell' ovaja*). In: *Archivio di Virchow*, Vol. LXXIX, pag. 19.

Il tumore avea sede nella fossa del Douglas si faceva prominente in corrispondenza della parete interna della vagina subito sopra l'ingresso, la vagina era qua e là esulcerata, la bocca dell' utero irreperibile; attraverso le pareti addominali, il tumore si sentiva liscio e consistente, e introducendo il dito nell' intestino retto non si percepivano bernoccoli di sorta. Venne praticata un'incisione nella prominenza vaginale del tumore e ne escì discreta copia di liquido color cioccolata misto a brandelli solidi e proveniente da due cavità, l'una maggiore, l'altra minore, situate nel parenchima della neoformazione. Il tumore non venne estirpato e dopo un pajo di mesi la donna che ne era afflitta morì di peritonite. L'autopsia dimostrò che l'utero era illeso; il grosso tumore occupante la cavità addominale non venne conservato, e l' esame microscopico potè istituirsi solo su quei piccoli pezzetti che all' atto dell' incisione suaccennata vennero levati dalle pareti delle due cisti alle quali stavano attaccati per mezzo di sottili peduncoli.

La struttura istiologica di essi li schierava fra i cancri; si vedevano ammassi di cellule di epitelio ghiandolare raccolti in alveoli limitati da tessuto connettivo. Le cellule epiteliali presentavano concrezioni calcaree il di cui processo di formazione fermò in ispecial modo l' attenzione dell' Autore. Dapprima alcune cellule isolate si distinguevano dalle altre per una maggiore rifrangibilità per la mancanza di granuli nel protoplasma pel corrugamento del nucleo; poscia le cellule così alterate confluivano costituendo dei corpi splendenti rotondeggianti; erano questi ultimi che s' infiltravano di sali calcarei mutandosi nelle cosidette sfere sabbiose. Altri piccoli psammomi trovò l'Autore nello stroma della neoformazione, non potè però stabilire con sicurezza se quì pure esordivano nelle cellule connettivali, e nemmeno se prendevano origine dai vasi sanguigni o dai fasci di connettivo.

Quindi, facendosi forte dei risultati delle indagini [illegible]
microscopiche, esclude che la neoformazione sia [illegible]
dai peritoneo e ammette abbia [illegible]

dendo in considerazione la natura istiologica del tumore porta diagnosi di *Carcinoma cistico papillare psammoso dell' ovaja* non ammettendo siasi trattato nel caso in discorso di adenoma dell' ovaja. Le considerazioni che l'Autore trae dall'esposto, sono:

1.° Che i psammomi possono svilupparsi dall'epitelio dopo che questo subì la degenerazione colloide, ed in tumori lontani dai centri nervosi.

Che l'origine dei psammomi è molto varia potendo svilupparsi nelle più svariate neoformazioni, (fibromi, sarcomi, cistomi, carcinomi) e nei più svariati tessuti (vasi, cellule e fibre connettive, cellule epiteliali).

Borgehold. — **Ein Fall von Lipoma sarcomatosum.** (*Un caso di Sarcoma lipomatoso*). In: *Archivio di Virchow.* Vol. LXXIX, p. 561.

Una vedova era affetta da 16 anni da un tumore situato all' esterno del braccio in corrispondenza dell' inserzione omerale del deltoide, che crescendo negli ultimi 6 mesi rapidamente e provocando acuti dolori la costrinse a ricoverarsi nello Spedale. La neoformazione era grossa quanto un pugno d' adulto, la cute che la ricopriva mobile, sensibile, livida; le ghiandole ascellari non erano ingrossate. Estirpato il tumore si vide costituito da due tessuti; il più discosto dalla cute e per volume maggiore era uno dei soliti lipomi, quello più piccolo e prossimo alla cute era un sarcoma a cellule prevalentemente fusiformi, e fra questa discreta copia di rotonde grandi a un solo nucleo; le fusiformi divenivano più piccole quanto più si allontanano dalla cute e s'avvicinarono al lipoma; anche i prolungamenti sarcomatosi per entro il lipoma erano costituiti da cellule fusiformi commiste a parecchie cellule rotonde piccole; queste ultime, simili alle linfoidi, si frapponevano sempre, nei punti di contatto, fra le cellule grassose del lipoma e le fusiformi del sarcoma; fra i lobi di grasso del lipoma si mostravano, come di consueto, delle fascie di connettivo; questo appariva più ricco di cellule fusiformi e di cellule rotonde linfoidi quanto più s'approssimava al sarcoma.

L' Autore crede che in questo caso il connettivo del lipoma sia stato matrice del sarcoma in seguito alla proliferazione delle sue cellule fisse, avendo egli veduto alcune di queste fornite di più nuclei. La neoformazione fu pure esaminata dal prof. Virchow e dal suo assistente dottor Israel; ambedue ritennero giuste le conclusioni dell'Autore intorno alla genesi del tumore.

Weigert. — **Krebs des Ductus thoracicus.** (*Cancro del dotto toracico*). In: *Virchov's Archiv.* LXXIX, 387.

L'Autore riferisce per intero il reperto anatomico del caso e ne da la diagnosi necroscopica seguente: *Carcinoma della porzione inferiore del retto e della flessura sigmoidea*; *ipertrofia della muscolatura dell'estremità intestinale inferiore*; *dilatazione enorme delle intestina*; *propagazione del cancro nel connettivo del bacino*; *compressione della*

vena iliaca esterna sinistra; trombosi di essa e della femorale corrispondente; carcinoma del dotto toracico; noduli carcinomatosi nel fegato, un nodulo in un condotto biliare dilatato; edema polmonare; pigmentazione della milza; mughetto; edema della estremità inferiore sinistra.

Il cancro del condotto toracico era situato dove il condotto attraversa il diaframma; al disotto della neoformazione esso era dilatato; i vasi linfatici mesenteriali erano normali.

L'esame microscopico rivelò che la neoformazione apparteneva al gruppo dei cancri epiteliali a cellule cilindriche.

Epicriticamente l'Autore osserva essere un po' strana la dilatazione di così poca parte del dotto essendovi completa chiusura del medesimo, e non meno strana l'osservazione opposta da lui fatta di una dilatazione molto estesa delle vie linfatiche senza ostacoli di sorta al deflusso della linfa.

RUMP. — **Ein Fall von multipler Neurome.** (*Un caso di nevromi multipli*). In: *Virchow's Arch.* LXXX, 177.

Il dott. Genersich avea descritto un caso di nevromi multipli in un tale che ne era morto; questi avea un fratello pure afflitto dallo stesso morbo, ed anche di esso Genersich ne diede per quanto gli fu possibile la descrizione. Ora avvenne che questo fratello morì di tetano reumatico, e il Rump ne dà il reperto necroscopico e i risultati dell'esame istiologico.

Dal reperto emerge che lungo il decorso di molti nervi esistevano numerosi nodi, i più piccoli del volume d'un pisello, i più grandi, d'una noce e generalmente molli; che le meningi spinali e il midollo spinale non presentavano alterazioni degne di nota; che i nervi della coda equina erano normali; che tutti i nervi dorsali muscolari e cutanei presentavano tumefazioni fusiformi, molli, più o meno ricche di sangue.

Il cervello era edematoso; nei talami ottici, nei corpi striati, nel corno d'Ammone, nel verme superiore esistevano molti piccoli tratti circoscritti indubbiamente più resistenti del tessuto circostante; l'ependima ventricolare era fortemente ispessito. Negli organi toracici poco di notevole; lungo il frenico ed il vago degli ispessimenti fusiformi. Nel polmone destro un esteso catarro.

Alla regione superiore del collo il vago presenta nel suo decorso una tumefazione grossa quanto un uovo di gallina; nella regione inferiore tanto a destra quanto a sinistra il vago è più grosso delle prossime carotidi.

Le alterazioni si esaminarono più da vicino nei plessi crurale e brachiale, e nel vago sinistro. Vi si notò che tutti i nervi erano considerevolmente ingrossati, tozzi, bernoccoluti; il perinevrio e il nevrilemma ingrossati, i fasci nervei dei tronchi compressi da connettivo interstiziale neoformato, i piccoli tronchi, varicosi e tumefatti del nervo ingros-

sato, andavano a perdersi nei tumori e ne uscivano tozzi e ingrossati, ovvero lo divenivano poco dopo; nessun nervo era intatto. Ovunque la lesione era dovuta a iperplasia del connettivo interstiziale, rivelata chiaramente dall'esame microscopico eseguito con molta diligenza e coll'ajuto stò per dire di tutti i metodi di tinzione conosciuti; l'Autore si loda sopra tutto dell'impregnazione di cloruro d'oro usata col metodo di Nesterowsky. Dal lunghissimo reperto microscopico si ricava che i tumori appartenevano alla famiglia dei falsi nevromi, cioè ai fibromi dei nervi.

BRIGIDI e TAFANI. — **Studio anatomico di un caso di elefantiasi degli arabi.** (*Lo Sperimentale*, 1879 fasc. 12.°, p. 536).

I diligenti autori ebbero campo di fare la necroscopia di un soggetto morto all'età d'anni 50, con elefantiasi prodottasi in seguito a ripetute eresipele; la causa prossima della morte fu una pleurite essudativa.

L'elefantiasi avea colpito di preferenza lo scroto e gli arti inferiori; il primo voluminosissimo misurava metri 1,68 in circonferenza; nel diametro longitudinale, m. 0,50, nel trasversale m. 0,59; era molto pigmentato e presentava in corrispondenza del rafe numerose prominenze rotondeggianti non oltrepassanti il volume di un cece. Aperto, si vide il testicolo destro atrofizzato e non interamente disceso; il sinistro circondato dal siero di un idrocele; la epidermide era alquanto ispessita e ad essa succedeva un connettivo neoformato, floscio, giallognolo, solo in qualche punto addensato, e più fitto; le pareti di alcune vene si mostravano più grosse dell'ordinario, i vasi linfatici erano pressochè irreperibili.

L'esame microscopico fatto sui pezzi freschi, sugli induriti, e coll'ajuto di varie colorazioni (acido iperosmico, cloruro d'oro e carmino) dimostrò l'epidermide più grossa del normale e una gran quantità di connettivo ora fitto e ora lasso; in questo più numerosi gli elementi cellulari rotondi o piani; i vasi erano ovunque ripieni di sangue, dilatati, e colle pareti più grosse del consueto.

La sinistra misura in circonferenza: terzo superiore 0,59 — terzo inferiore 0,57.

La destra, terzo superiore m. 0,66 — terzo inferiore m. 0,57.

La coscia sinistra, m. 0,68 destra m. 0,54.

Il piede alla articolazione tarso-metatarsea, piede destro m. 0,36 — piede sinistro m. 0,32; il connettivo sottocutaneo neoformato giunse ovunque fino ai muscoli flacidi, esili, infiltrati di grasso.

Il risultato dell'esame microscopico fu identico a quello avuto dall'esame dello scroto, con questa differenza che le cellule grasse reliquie del tessuto adiposo sottocutaneo, erano più piccole e circondate da cellule migratorie cariche di granulazioni grasse.

Gli autori conchiusero che in questo caso i vasi linfatici non parte-

ciparono per niente al processo, che l'elefantiasi si discostava da quelle comunemente descritte per la floscezza del connettivo neoformato; che i vasi sanguigni invece mostravano l'avventizia ingrossata e l'endotelio benissimo manifesto.

KANZOV e VIRCHOW. — **Echinococcus und spontane Fractur des Oberschenkels.** (*Echinococco e frattura spontnnea del femore*) In: *Virchow's Arch.* LXXIX, 1880.

Il dott. Kanzov inviò al prof. Virchow il femore ed il fegato d'un individuo che all'età di 14 anni, saltando, s'era rotto il femore e che solo dopo 5 mesi dell'avvenuta frattura ricuperò l'uso dell'arto; ventitrè anni dopo comparvero dolori muti alla regione stata sede della frattura, dolori che non rimisero mai e che s'accompagnavano a una sensazione spiacevolissima di debolezza dell'arto, finchè un bel giorno mentre egli tranquillamente passeggiava in casa, la gamba all'improvviso nuovamente si ruppe. La frattura non si consolidò più; dopo alcuni mesi il femore mostrava un'abnorme mobilità una limitata gonfiezza al terzo medio ed al tatto una indistinta fluttuazione accompagnata da un ticchio speciale, dall'Autore paragonato a quello che si percepisce premendo la nuca d'un ragazzo affetto da idrocefalo. Il paziente dopo molti mesi si decise a lasciarsi operare. Il Kanzov s'era prefisso di fare una resezione, o tutt'alpiù un'amputazione del femore al terzo superiore, ma durante l'operazione si scoperse l'osso talmente maltrattato da echinococchi, che si dovette procedere alla disarticolazione del femore; dopo 9 ore l'infermo era morto.

Il Virchow trovò nel fegato inviatogli, degli echinococchi; divise in due la coscia comprendendo ossa e parti molli; queste erano intatte, il femore fratturato in due parti e zeppo ovunque di cisti da echinococco, tranne il capo, il trocantere, ed i condili; il canal midollare offriva in qualche punto il diametro di 4 centim., la sostanza corticale era conseguentemente molto assottigliata e in qualche punto totalmente scomparsa. Lo sviluppo degli echinococchi era avvenuto alla guisa dell'echinococco multiloculare; vale a dire una grande quantità di piccole cisti stavano l'una accanto all'altra; il volume di esse oscillava fra quello d'un nocciuolo di ciliegia e quello d'una noce; molte di esse non erano rotonde; ma ovoidi, oppure bernoccolute talune parevano addirittura ramificate; lo spessore delle pareti delle cisti non era ovunque il medesimo essendo qua sottilissime e trasparenti, là grosse, opache, bianco-giallognole. Solo dopo lungo e rigoroso esame il Virchow potè scoprire nel contenuto di alcune cisti, delle cisti figlie e con difficoltà ancora maggiore potè dimostrare la presenza di cisti feconde, contenenti, cioè, degli scolici, molte di esse erano estremamente piccole, la capsula si appalesava sempre relativamente molto grossa; con ciò spiega l'Autore, la forma insolita ovoide assunta da molte di esse.

Hansen. — **Bacillus Leprae.** (*Il batterio della lebbra*). In: *Virchow's Arch.* LXXIX, 31.

Fino dal 1874 l'Autore avea pubblicato d'aver trovato costantemente dei batteri nelle cellule costituenti i noduli lebbrosi; il sangue di recente estratto nulla conteneva di simile, ma se in quella vece si esaminava dopo alcuni giorni di soggiorno in una camera umida comparivano in esso dei filamenti articolati di fungo ritenuti dall'Autore specifici, non presentandosi mai nel sangue egualmente trattato d' individui sani e d'individui sifilitici.

L' Autore indagò se per avventura introducendo sotto la cute a dei conigli delle produzioni lebbrose si provocasse in essi la riproduzione del morbo. Ciò non ottenne mai; bensì potè convincersi col mezzo dell'acido iperosmico che gli elementi bruni i quali compajono nei noduli della lebbra sono costituiti da ammassi di batterii e di zooglea. Questi elementi essendo dall'Autore ritenuti specifici della lebbra, ne viene per esso la conseguenza che i bacteridi di cui si compongono sono il vero elemento specifico di quel morbo.

Tizzoni. — **Sulla patologia sperimentale delle glandule linfatiche, e sulla natura della infezione gangrenosa.** (*Archivio per le scienze mediche*, vol. IV, N. 6).

L' Autore incomincia il suo lavoro col fissare a tre i punti di questione nella patologia generale relativi alle glandole linfatiche e all' infezione cancrenosa: « 1.° in qual modo avvenga la neoformazione e la riduzione consecutiva del tessuto glandulare in seguito a lesioni sperimentali delle glandule linfatiche; 2.° quale influenza regolatrice abbiano i nervi sulla nutrizione delle ghiandole linfatiche, e se esistano nervi speciali, trofici, deputati al mantenimento della loro normale costituzione e funzionalità; 3.° qual sia la natura e la via che percorre il principio infettivo nella gangrena. »

Quindi fa emergere ai patologi l'importanza dello studio nelle malattie infettive delle ghiandole linfatiche prossime all' atrio morboso, potendo esse considerarsi come il filtro su cui si depositano i materiali infettivi assorbiti, e dopo aver lodato il Mantegazza per l' indirizzo dato alla patologia generale in Italia, e averne citati i lavori intorno alle modificazioni delle ghiandole linfatiche in seguito al taglio dei grossi tronchi nervosi misti; dopo aver riferito le opinioni di varj patologi sul valore patologico dei batteri, dà finalmente relazione dei risultati da lui medesimo ottenuti col metodo del Mantegazza, e che si compendiano in 8 conclusioni dallo stesso Autore formulate: « 1.° Che l' infezione gangrenosa è prodotta dalla introduzione nell'organismo di piccolissimi micro-organismi vegetali, che assorbiti dai vasi linfatici afferenti si depositano in gran numero nelle glandule linfatiche vicine; 2.° che tali piccoli organismi dimorando a lungo nelle glandule linfatiche vi trovano materiali adattati per il loro sviluppo, e

danno luogo alla produzione di una quantità innumerevole di filamenti di un micelio di un *oidium septicum*, che forma, specialmente nei seni linfatici, un delicatissimo intreccio da giustificare il nome di *adeno-micosi septica* che abbiamo messo a questa lesione delle glandule linfatiche; 3.° che lo sviluppo grandissimo della glandula poplitea in seguito al taglio del nervo ischiatico in animali mantenuti completamente liberi, anzi che in rapporto diretto colla lesione nervosa e coll'aumentato assorbimento di materiali regressivi, sta piuttosto in connessione colla formazione di focolai gangrenosi, e si deve riportare a puri fatti materiali, cioè allo stimolo che inducono nelle glandule linfatiche i microorganismi vegetali che vi vengono trasportati dalle parti gangrenate; 4.° che all' ingrossamento della glandula linfatica il tessuto glandulare vi concorre solo con un'iperplasia dei suoi elementi linfatici, rimanendo del tutto inattivo nella produzione del nuovo tessuto glandulare; 5.° che il nuovo tessuto glandulare viene formato da un tessuto mucoso risultante dalla proliferazione e trasformazione del connettivo fibroso che normalmente costituisce i setti e la capsula delle glandule; 6.° che i seni del tessuto glandulare neoformato vengono prodotti dalla dilatazione e trasformazione dei vasi linfatici del tessuto mucoso, e le loro trabecole da bottoni di connettivo giovane che partono dal connettivo mucoso sotto-endoteliale; 7.° che mentre è comune la neoformazione delle colonne midollari, non è stata mai osservata invece una vera e propria neoformazione di follicoli linfatici; 8.° che il tessuto glandulare neoformato, che è costituito dapprima da un reticolo mucoso, e in seguito da un reticolo fibroso, ha una computazione (?) istologica perfettamente identica a quella del tessuto glandulare normale; 9.° che la riduzione della glandula linfatica poplitea dopo la guarigione della gangrena della gamba, è data istologicamente dalla atrofia e degenerazione grassa del tessuto glandulare, per ispessimento e retrazione del tessuto connettivo dei setti e della capsula (cirrosi della glandula linfatica). »

Schultze. — **Zur Kenntniss der nach Einwirkung plötzlich ernidrigten Luftdruks eintretenden Rückenmarksaffectionen, nebst Bemerkungen über die secundäre Degeneration.** (*Studio delle affezioni spinali che compajono in seguito a improvvisa rarefazione atmosferica, con alcune osservazioni intorno alla degenerazione secondaria*). In: *Virchow's Archiv.* LXXIX, 124.

L'Autore ebbe l'opportunità di esaminare il midollo spinale d'un giovane diciottenne, che colpito da completa paraplegia nell'uscire da uno *spazio pneumatico* dove lavorava sotto la pressione di 3 atmosfere, dopo due mesi e mezzo, ed avendo nel frattempo sofferto di piaghe di decubito, di cistite, di pielite, morì. L'esame macroscopico del midollo rivelò una leucomielite disseminata dorsale (chiazze biancastre e detrito granuloso nei cordoni laterali e nei posteriori; la sostanza grigia apparentemente sana).

L'esame microscopico non rivelò in nessun sito una mielite trasversale; però nei focolai bianchi permise di vedere la completa distruzione degli elementi nervosi; e in luogo di questi, un ammasso di cellule a contorno indeterminato, piuttosto trasparenti, finamente granulate, con uno o più nuclei. I vasi, sopratutto alla periferia dei cordoni laterali, enormemente ispessiti con copia di cellule giovani nella avventizia.

La sostanza grigia della porzione dorsale mostra, all' altezza della bianca commessura, fra le corna anteriori e le posteriori, un focolajo circoscritto costituito da nevroglia, e attorno a qualche vaso sanguigno una zona di sostanza finamente granulata priva di cellule e di nuclei. All' Autore non fu dato di notare le lesioni di sostanze osservate in simili casi dal Leyden e da questo spiegate, ammettendo che in causa del repentino diminuire della pressione atmosferica si sprigionino nel sangue dei gas che premendo sulle pareti dei vasi in qualche punto le lacerano. L' Autore però non esclude che i focolai di sostanza granulosa e gli ammassi di cellule attorno ai vasi non possano indicare pregresse lacerazioni, quantunque egli personalmente non accetti senza beneficio d'inventario l'ipotesi del Leyden.

L'Autore infine parte dalle degenerazioni secondarie trovate in quasi tutte le fibre nervee del midollo per esporre quanto presentemente si sa intorno alle degenerazioni secondarie dopo la distruzione della sostanza grigia, o della bianca.

VIRCHOW. — **Ueber Schwanzbildung beim Menschen.** (*Dello sviluppo di coda nell'uomo*). In: *Virchow's Archiv*, LXXIX, 176.

L'illustre Autore fa prima d'ogni altra cosa riflettere che la questione se nell'uomo possa comparire o meno la coda è divenuta d'attualità; e cita le osservazioni del dott. Ornstein medico in capo dell'esercito greco, il quale fin dall'anno 1875 e 1876 e 77 comunicò alla Società antropologica di Berlino aicuni casi di abnorme tricosi sacrale, alla quale egli diede importanza atavistica considerandola come rappresentante della coda degli animali. Verso quell' epoca (1875) era occorso pure al Virchow un caso simile, che per altro esaminato rigorosamente si vide essere un nevo peloso situato sopra una spina bifida occulta; in quell' occasione il Virchow potè racimolare dalla letteratura alcuni casi di vera coda negli uomini, ma nessuno di essi era complicato ad abnorme produzione di peli, eccetto quello di Elsholz nel secolo 17.°. E siccome questo era accompagnato da parecchie altre mostruosità, così il Virchow emetteva allora un giudizio riservato sulla interpretazione delle tricosi osservate dall'Ornstein.

Ma questi ultimamente (ottobre 1879) comunicò un caso di vera coda, osservato in un soldato greco; l' appendice caudale era lunga 5 centimetri pareva esordire dal punto d'unione della prima vertebra coccigea falsa colla seconda, ed oltre a 2 pezzi della 2.ª coccigea si percepiva

un terzo osso; essa non era fornita di peli ma se ne osservavano parecchi alla base e disposti lateralmente sull'osso sacro. Il prof. Virchow passa quindi in rassegna le opinioni emesse sull' argomento dai diversi patologi e accenna a Giovanni Federico Meckel che ammetteva uno stretto nesso fra l'eventuale coda dell'uomo e quella degli animali, e faceva osservare che nell' embrione umano la corda dorsale si prolunga fino a costituire una specie di coda; poscia rammenta i lavori più recenti di Ecker intorno alla coda embrionale e alla disposizione di tutta la regione coccigea, dai quali si ricava che l' Ecker ritrovò con molta frequenza in prossimità del coccige dei neonati abbondante produzione di pelo che però non era in nessun rapporto colla già esistita coda embrionale; questa in un embrione lungo 9 millim. era lunga 2,5 millim. e costituita dal foglietto corneo e dalla corda dorsale; fra essi nessun organo, e perciò l'Ecker riguardò l'appendice della corda come un equivalente della coda animale.

Rosemberg invece non crede che l' appendice caudale dell' embrione sia una vera coda perchè in essa esiste la sola penultima vertebra coccigea mentre il canale midollare raggiunse l' estremo limite della propagine.

Il Virchow osserva che se la coda embrionale dell' uomo non contiene vertebre che poscia normalmente non si trovino si deve conchiudere trattarsi di produzione eccessiva in quei casi nei quali soggetti adulti presentavano un' appendice caudale fornita di vertebre più numerose del normale, e cita ad esempio, il caso di Tirck nel quale al di là della quarta vertebra coccigea esistevano ancora le ossa. Però il Virchow ritiene che nel maggior numero dei casi manchi una dettagliata descrizione; Bartolino si limita ad asserire che la coda dell'uomo è prodotta dalle vertebre coccigee ingrossate ed allungate; Meckel invece afferma che essa altro non sia che un mero prolungamento cutaneo; nei due casi più recenti descritti dall' Ecker si sospettò che la coda contenesse tessuto osseo.

L' Autore invece riferisce sopra un caso da lui stesso recentemente esaminato; si trattava di una coda lunga 7,5 cent. cub. e ricoperta di pelo; dall' esterno all' interno si succedevano i seguenti tessuti: 1.° la cute grossa quasi un millimetro; 2.° il pannicolo adiposo bianco e a piccolissimi lobuli; 3.° un cordone centrale ravvolto da una specie di fascia e costituito da tessuto adiposo bianco, floscio e a grossi lobi; nessuna traccia di tessuto osseo o cartilagineo o muscolare; si vedevano delle arterie a pareti grosse e attorno ad esse del connettivo lasso; il Virchow lo dichiara un caso di persistente appendice caudale nel quale la corda dorsale si mutò in grasso e la ritiene come equivalente della coda degli animali; riferisce per ultimo le osservazioni di autori vecchi e nuovi dalle quali apparirebbe che in certe razze le code sono più frequenti che in altre (Marco Polo, Plinio, Stengel Ornstein); d' altro canto il barone Ferdinando Müller gli scrive dalla Nuova Guinea che

ivi qualche tribù selvaggia simula la coda che non ha. Egli ammette simulazioni simili, ma ammette anche possano esistere popoli nei quali l'appendice caudale compaja sia come fenomeno patologico, sia come fenomeno atavistico,

MAZZOTTI. — **Un caso di trasposizione completa dei tronchi arteriosi e del cuore.** (*Rivista clinica di Bologna*, 1879).

L'Autore, per incarico avutone dal prof. Taruffi, fece la descrizione dell'anomalia in discorso che trovavasi in un cuore inviato dal dott. Montalti che lo corredò di varie notizie anamnestiche e della diagnosi da lui emessa durante la vita del fanciullo che ne era colpito; la diagnosi fu: stenosi dell'orificio dell'arteria polmonare; comunicazione interventricolare con ipertrofia specialmente del ventricolo destro.

L'Autore esaminò e misurò con la massima diligenza ogni regione dell'organo e vi notò una trasposizione completa dei due grandi tronchi arteriosi, nascendo l'aorta dal ventricolo destra, la polmonare dal sinistro; inoltre vi era stenosi dell'orificio della polmonare, ipertrofia grave del ventricolo destro, leggiera del sinistro, mancanza dell'orecchietta sinistra, sviluppo abnorme della destra. L'Autore procede poscia a fare alcune considerazioni intorno alle anomalie trovate, dice che esse debbono aver avuto origine nei primi momenti della vita embrionale probabilmente da ciò che il setto, il quale divide il primo bulbo arterioso nei due vasi aorta e polmonare, s'è formato senza che il bulbo abbia eseguito il movimento a spirale come di consueto, e l'aorta perciò rimase a destra invece che portarsi a sinistra; fa dipendere la stenosi della polmonare da una endocardite fetale la quale abbia progredito anche nella vita estrauterina; prende a disamina i fenomeni di freddo e di cianosi sofferti dal bambino, e fa notare che l'aver quest'ultimo vissuto fino all'età di 11 anni costituisce una vera rarità come viene provata da una tabella compilata dal prof. Taruffi e ripetuta in questa memoria; finalmente fa osservare che la ipertrofia del ventricolo destro in questo caso offre valido appoggio all'opinione emessa dal prof. Taruffi, che essa in tutti i casi dipenda dall'aumento di pressione nel ventricolo destro.

STOCQUART. — **Observation anatomique d'un cas de symphisie renal.** (*Descrizione anatomica di un caso di sinfisi renale*). In: *Virchow's Archiv.*, Vol. LXXVIII, 244).

Il caso descritto dall'Autore consiste nel non trovarsi il rene alla regione lombare sinistra e nell'esistenza alla regione lombare destra d'un rene unico assai voluminoso fornito di due pelvi e di due ureteri. Il rene misurava 256 mill. in lunghezza e 9 centim. in larghezza, era situato verticalmente dalla 12.ª costa alla fossa iliaca destra, ed offriva delle prominenze e dei solchi sopratutto alla regione inferiore. Il parenchima appariva normale, le piramidi convergevano tutte ad un unico

centro. Sei piccoli tronchi arteriosi, cinque dei quali partivano isolati dal lato destro dell'aorta, ed il 6.° dalla iliaca primitiva penetravano nel rene; a sinistra dell'aorta non eravi traccia di arteria renale; anche nel sistema venoso si constatavano parecchie anomalie; ad esempio nelle vene renali e nella vena spermatica interna sinistra.

Da questi fatti l'Autore si crede in diritto di conchiudere trattarsi in questo caso di sinfisi renale avvenuta durante la vita embrionale in seguito a spostamento del rene sinistro: i due organi si sono fusi obbedendo alla legge dell'unione delle parti similari. Secondo l'Autore, il caso può essere importante anche pel medico pratico, e sotto due aspetti: perchè un rene così grande potrebbe essere scambiato con un tumore addominale; per la gravità estrema che assumerebbe l'infiammazione dell'unico rene esistente.

La memoria incomincia con un rapido sguardo bibliografico sull'argomento, e vi si accenna alle osservazioni di Vesalio, di Botallo, del Riolando, di Haller, di Roux, di Meckel, di Förster, di Geoffroy, di Valsalva, di Duvivier, di Portal e di Godard; il caso riferito da quest'ultimo nel 1853 ha molta analogia con quello osservato da Stocquart.

FRIEDLAENDER. — **Ein Fall von Aneurisma Aortae dissecans.** (*Un caso di aneurisma disseccante dell'aorta*). In: *Virchow's Archiv.*, LXXVIII, 357.

Si trattava di un aneurisma disseccante che incominciò dall'aorta ascendente e si continuò fino alla biforcazione dell'aorta nelle due iliache.

L'importanza del caso sta in ciò che mentre d'ordinario gli aneurismi disseccanti producono morte per emorragia in seguito a perforazione, qui invece le pareti dell'aneurisma erano intatte. Clinicamente il caso non offrì interesse di sorta: la diagnosi d'aneurisma si fece solo su la tavola anatomica; il soggetto colpitone fu tratto a morte da una bronchite generale acuta, accompagnata da esteso indurimento dei polmoni, da bronchiettasie da enfisema parziale, da ipertrofia e dilatazione di cuore, da cretificazione lungo la base del cuspide posteriore della mitrale.

Il sacco aneurismatico era perfettamente chiuso; solo la sua parete interna comunicava coll'aorta mediante due aperture, l'una situata nell'aorta ascendente, l'altra nell'iliaca sinistra. Praticando un taglio trasversale comprendente l'aorta e l'aneurisma, si vedeva la parete anteriore dell'aorta normale, la posteriore invece divisa in due fogli che racchiudevano il sacco aneurismatico; la parete posteriore di esso era rivestita dall'avventizia aortica, l'anteriore separava l'aneurisma dal vero lume aortico.

L'Autore fa notare che lo spazio aneurismatico non si formò già fra l'intima e la media, o fra la media e l'avventizia bensì nello spessore della media le di cui lamelle centrali si separarono, fa inoltre osser-

vare che lo spazio non è direttamente circondato dalle disgiunte lamelle, sibbene da un tessuto neoformato dello spessore di 0,3 — 0,7 mm. di struttura quasi identica all'intima normale e che ricopre le lamelle separate della media; quest'ultima è ovunque pressochè normale; solo in pochi punti presenta degli ammassi di cellule rotonde, e copia di *vasa vasorum*; anche l'avventizia nulla ha di patologico, se si eccettui anche in essa una vascolarizzazione più ricca che d'ordinario e qualche ammasso di cellule rotonde attorno ai vasi.

L'Autore ritiene che l'aneurisma siasi iniziato in seguito a spontanea rottura dell'intima, esclude quindi una pregressa infiammazione od una rottura meccanico-embolica per trasporto di incrostazioni calcaree dalla mitrale nell'aorta ascendente.

La neoformazione dell'intima non è fatto nuovo; fu già osservata da Shekelton e da Peacok, e dimostra che l'affezione non era recente. I primi a bene descrivere casi consimili furono Shekelton e Laënnec (1822), più tardi Peacok (1849); i due casi da Bouillaud e da Prolich descritti come esempi di aorta duplice, si devono schierare fra gli aneurismi disseccanti; di questi il caso più recente fu esaminato dal Reklinghausen, e descritto da Treibich.

MAZZOTTI. — **Delle alterazioni dell'apparecchio digerente nella tisi polmonare.** (*Bollettino delle scienze mediche*, Bologna, Serie VI, Vol. V).

L'Autore osserva prima di tutto che sopra 50 casi di tisi polmonare sezionati nel laboratorio di anatomia patologica della R.ª Università di Bologna, 33 offrivano lesioni tisiogene del sistema digerente, incominciando dalla lingua e discendendo nella faringe, nello stomaco, nelle intestina tenui e crasse; l'esofago ed il retto furono sempre rinvenuti illesi; in un caso la mucosa intestinale non presentava ulceri, ma soli tubercoli.

A proposito delle lesioni della lingua, l'Autore fa una lunga digressione bibliografica e cita i casi del Trélat, del Ferréol, del Laboulbène e di parecchi altri. Egli aggiunge due osservazioni: nella prima esistevano iperplasie dei follicoli ed ulceri ora isolate, ora confluenti dei medesimi, e circondate da tessuto zeppo di cellule linfoidi; anche il connettivo delle ghiandole acinose e quello dei muscoli linguali s'infiltrava di cellule a detrimento del parenchima ghiandolare, e della sostanza muscolare; nel connettivo profondo si scorgevano disseminati qua e là dei veri tubercoli. Anche nella faringe si ripetevano lesioni identiche, meno i tubercoli che non furono osservati; nella seconda osservazione si notavano le ulceri follicolari; i tubercoli anche qui mancavano. In un altro caso dall'Autore minutamente descritto, era invece leso lo stomaco; sulla mucosa di esso si scorgevano 10 piccole ulceri e due più grandi in vicinanza del piloro; non provenivano nè dalla tumefazione delle ghiandole lenticolari, nè da tubercoli rammolliti.

Anche nell'intestino le ulceri s'iniziavano negli apparecchi linfatici ivi esistenti.

Per tutti questi fatti l'Autore inclina a ritenere che le lesioni intestinali succedano alle polmonari; ma non crede ciò possa avvenire per deglutizione di sostanza caseosa; che il processo ulcerativo incominci ovunque negli apparecchi linfatici, che i tubercoli nei suoi casi non furono nè costanti nè primitivi, che non è del tutto esatto dare alle ulceri tisiogene dell'apparecchio digerente il nome di ulceri tubercolari.

MAZZOTTI. — **Sopra un caso di esofagite ulcerativa.** (*Rivista clinica di Bologna*, 1879).

L'Autore pubblica questo caso perchè gli sembra debbano interessare i cultori della medicina e la forma speciale della lesione, e i fenomeni clinici gravissimi di cui essa fu causa.

Dai dati anamnestici risultava specialmente che il soggetto era stato durante la vita beone e mangione, che non avea mai contratta sifilide, che da quattro anni prima del suo ingresso nella clinica del Murri, incominciò a soffrire di diarree, che a queste si associarono perdite di sangue per la bocca e per l'ano, dimagramento e stremamento di forze: morì per bronchite diffusa. La necroscopia trovò notevole oligoemia, catarro bronchiale acuto, catarro intestinale cronico, tumore di milza.

L'esofago presentava nella direzione dell'asse alcune rilevatezze rosso-azzurrognole separate da solchi, dovute a dilatazione delle vene sottomucose; la mucosa poi presentava screpolature che fondendosi davano origine ad ulceri raggiate più profonde al centro che alla periferia, più abbondanti nella porzione inferiore che nella superiore dell'esofago.

L'esame microscopico delle porzioni ulcerate dimostrò la mancanza d'epitelio, un infiltramento di cellule linfoidi nel connettivo sotto-epiteliale e nello strato muscolare più sviluppato; le ghiandole acinose mostravano l'epitelio gonfio e poco distinto, infiltrazione levicellulare del connettivo della guaina e degli interstizi.

L'Autore crede che le ulceri descritte non appartengano nè alle catarrali nè alle follicolari, ma costituiscano una forma speciale di esulcerazione; attribuisce all'infiammazione cronica della mucosa la ectasia delle vene sottomucose; non si meraviglia che esse lacerandosi abbiano prodotto emorragie pericolose, avverandosi lo stesso fatto nella cirrosi epatica.

TARUFFI. — **Due rare alterazioni di fegato.** (*Memorie dell'Accademia delle Scienze di Bologna*, Serie VI, T. I).

La prima era una degenerazione colloide del fegato: e l'Autore fin da bel principio riferisce alcune notizie cliniche e necroscopiche invia-

tegli dal dott. Mori medico primario di Cesena, il quale fe' dono del pezzo patologico al prof. Taruffi. Da esse notizie risulta che il fegato apparteneva ad una bambina di due anni, sempre infermiccia, denudrita, di color giallo terreo, tossicolosa, soggetta a diarree, col ventre gonfio, teso, piriforme. L'esame del cadavere fece vedere tubercolosi disseminata ai polmoni, al peritoneo, alla milza, all'utero ed alle ovaje, con focolai cascosi ai reni.

Estratto il fegato, presentava il diametro trasversale di cent. 23, il longitudinale di centim. 17 1|2; il lobo destro misurava trasversalmente cent. 16.

L'esame praticato dal prof. Taruffi mise in evidenza quanto segue: il fegato sotto l'azione dell'alcool s'era molto rimpicciolito, ma si mantenne tenero e molle; la superficie convessa era liscia, la concava offriva una specie di tumore molle, rosso-pallido, traente al giallastro, elittico, più grande d'un ovo, sporgente per 1|2 centimetro dal margine libero del fegato; anche il lobo dello Spigelio si mostrava ingrossato e molle. La sostanza del fegato era di color rosso pallido con larghi tratti di aspetto reticolato a maglie di varia grandezza, per lo più grandi come un grano di miglio e contenenti una sostanza colloide; uno di questi tratti a maglie più larghe costituisce appunto il tumore accennato, che quindi altro non è che tessuto epatico degenerato; questa alterazione si ripete nel lobo dello Spigelio e in alcuni altri punti alla periferia dell'organo. L'Autore giudicò trattarsi di degenerazione colloide perchè l'acido acetico convenientemente adoperato, e gli altri reagenti esclusero la degenerazione amiloide, e qualsiasi altra.

Il microscopio svelò all'Autore tutto il processo patologico; le cellule dapprima s'intorbidivano, si gonfiavano, poscia si deformavano, si rimpicciolivano, si fondevano insieme, perdevano il loro nucleo, si mutavano in un detrito che assumeva poco per volta l'aspetto colloide; anche il tessuto intercellulare ed interacinoso cadeva in preda alla stessa degenerazione; le pareti delle arterie erano molto ingrossate e deformate.

L'Autore ritiene che a produrre l'alterazione in discorso abbia concorso un processo patologico nelle cellule epatiche analogo a quello della epatite parenchimatosa; e che contemporaneamente un altro simile processo siasi svolto nel connettivo interstiziale che, gonfiandosi, compresse le cellule epatiche e i capillari, inducendo così l'anemia degli acini; fa notare poi molto giustamente che l'intorbidamento delle cellule prima della loro trasformazione in sostanza colloide, non è quello che comunemente si osserva, poichè in quella degenerazione le cellule fin da principio presentano dei punti trasparenti, colloidi, i quali viepiù allargandosi invadono tutta la cellula. A spiegare la natura del processo l'Autore ammette l'ipotesi che esso in origine sia stato attivo nella degenerazione granulosa delle cellule, e poscia passivo nella trasformazione di esse in sostanza colloide.

Cinque figure disegnate dal vero dal Maccaferri illustrano questa prima osservazione.

Un'altra tavola contenente 4 disegni illustra pure la seconda osservazione concernente un fegato fornito di lobi succenturiati. Fu regalato all'Autore dal prof. Roncati: apparteneva a donna più che sessantenne; l'alterazione era stata causata dalla pressione lungamente esercitata dal busto, la quale aveva fatto sì che dal margine inferiore del lobo destro del fegato molto impicciolito pendessero attaccati ad una larga fettuccia di connettivo 3 tumori, l'uno grosso quanto un comune arancio e perfettamente mobile, gli altri due più piccoli, ma aventi tutti e macroscopicamente e microscopicamente la struttura del tessuto epatico colpito da infiammazione interstiziale e colle vene e i capillari molto dilatati.

L'Autore passa in rassegna e paragona col suo i casi simili citati dal Morgagni, dal Meckel, dal Cruveilhier, dal Rokitanski, dal Wagner e dall'Henle.

Alla fine della memoria sta un elenco dei preparati raccolti e conservati nel Museo anatomo-patologico di Bologna durante l'anno 1879; sono in numero di 39.

Conti A. — **La cellula gigante nella ovaja.** (*Lo Spallanzani*, fascicolo IV e V, anno IX Serie 2.ª, Modena).

L'Autore premette un rapido cenno bibliografico intorno alla cellula gigante, ricordando i lavori di molti osservatori. Passa poi a riferire i risultati delle sue osservazioni; egli studiò la cellula gigante nelle ovaje d'una vacca, il parenchima delle quali era liscio, splendente, omogeneo e di tinta ora biancastra, ora giallo-oscura; le zone biancastre erano costituite da connettivo, nelle giallo-oscure si notava appunto una enorme quantità delle così dette cellule giganti di forma e grandezza svariatissima e frammiste ad elementi cellulari minori senza traccia di sostanza intercellulare ben definita. Il metodo di cui l'Autore si valse per istudiarne i rapporti fu il seguente: imbibizione dei tagli nel liquido di Beale (carmino di Beale?) diluito per 24 ore; poscia immersione nella soluzione acquosa satura di acido picrico per 2-3 minuti; lavatura con acqua; disidratazione collo spirito, conservazione nell'olio di garofano. Nei preparati così ottenuti l'Autore potè notare che le sue cellule giganti occupavano gli spazi formati da una rete di vasi sanguigni, dai quali erano molte volte separati da un piccolissimo spazio vuoto; questa disposizione mai da lui osservata, nè in preparati altrui, nè in quelli da lui ottenuti da altro materiale morboso, lo determinarono ad escludere l'idea che le vere cellule giganti sieno sezioni di trombi sanguigni o linfatici, ad ammettere siano veri organismi elementari in diversi processi morbosi.

FRIEDLAENDER. — **Ein Fall von multiplen leukämischen Neubildungen des Gehirns und der Retina.** *(Un caso di neoformazioni leucoemiche multiple del cervello e della retina).* In: *Virchow's Archiv.* LXXVIII, 362.

La diagnosi necroscopica del presente caso era: Leucoemia; colossale tumore di milza; leggera tumefazione delle ghiandole linfatiche; neoformazioni diffuse, leucoemiche del fegato e della retina; lacune di riassorbimento della tavola vitica; della volta craniale.

La dura madre cerebrale molto tesa, le circonvoluzioni appiattite, i solchi poco manifesti; le vene molto ripiene di sangue del colore della cioccolata e latte; il cervello aumentato considerevolmente in volume; nei ventricoli laterali, nel terzo, nel quarto, nel fornice e nel corpo striato sinistro, recenti emorragie; edema ed anemia cerebrale. Il peso del cervello era di grammi 1590. L'esame istiologico di esso rivelò tanto nella sostanza bianca quanto nella grigia dei noduli di neoformazione, i più grandi del diametro di 1,5 mm., abbastanza numerosi, per lo più sferici costituiti da piccole cellule rotonde, stipate l'una accanto l'altra, fornite di uno, di due ed anche di tre nuclei e nicchiate in un fino reticolo analogo a quello delle ghiandole linfatiche; nella sostanza cerebrale un modico aumento delle cellule della glia; i vasi sanguigni zeppi di globuli bianchi.

L'Autore pubblicò questo caso principalmente perchè nessuno aveva prima di lui notato neoformazioni leucoemiche nel cervello; secondariamente perchè in esso è dimostrato che l'aumento del volume di quell'organo era dovuto alla presenza di numerosi noduli leucoemici, e finalmente perchè si spiegano con questi i sintomi di tumore cerebrale osservati durante la vita dell'infermo.

HEUCK. — **Zwei Fälle von Leukämie mit eigenthümlichen Blut. respec. Knochenmarck Befund.** (*Due casi di leucoemia con singolari reperti nel sangue e nel midollo osseo*). In: *Virchow's Archiv.* LXXVIII, 475.

Il primo caso fu importante pel reperto del sangue durante la vita, avendo esso improvvisamente presentato un'enorme quantità di microciti, quando, in seguito a propinazione di acido salicilico, lo stato del paziente migliorò, la milza considerevolmente diminuì, i globuli rossi in confronto dei bianchi aumentarono.

L'Autore ritiene che questo fatto parli a favore dell'idea condivisa da Hayem, Eichorst ed Eisenlhor, che i microciti sieno corpuscoli rossi giovani, imperfetti, non ancora bene sviluppati.

Il secondo caso era pregevole per la condizione del midollo delle ossa; imperocchè a canto di manifestissime lesioni leucoemiche nel fegato, nella milza, nelle ghiandole linfatiche e nel sangue, l'Autore notò che nelle ossa lunghe mancava un vero canale midollare, che questo era attraversato e quasi totalmente riempito da trabecole ossee,

che perciò di midollo c'erano appena traccie; anche lo sterno, le costole e la teca craniale erano compatte e pesanti, e da esse a mala pena si potevano spremere poche goccie di midollo vischioso che al microscopio non offriva nessuno dei caratteri propri al midollo leucoemico, ma si presentava quale di frequente s'incontra nelle gravi anemie. Considerando tutto ciò, l'Autore vede in questo caso dimostrata la fallacia dell'opinione emessa dal Neumann che ogni leucoemia esordisca nel midollo delle ossa, molto più che durante la vita mancava il dolore allo sterno, e il sangue non presentava globuli rossi nucleati. L' Autore a proposito di questi ultimi osserva che anche vi fossero esistiti, non sarebbero stati un *argumentum crucis* dopo che Bizzozero e Salvioli li trovarono nella milza di vari animali.

Lodi. — **Contribuzione allo studio della leucocitemia del linfoma maligno e della anemia essenziale** (*Rivista clinica di Bologna*, 1880, 59).

L' Autore incomincia con una rassegna bibliografica sull' argomento della leucocitemia citando i primi lavori del Virchow e del Bennet, e gli ultimi di Mosler, del Foà, del Kèlsch. Riferisce quindi clinicamente ed anatomicamente un caso di leucocitemia linfatica, uno di linfoma maligno diagnosticato dal Murri, un secondo caso di leucocitemia linfatica, due casi di leucocitemia splenica, e finalmente due casi di anemia essenziale. Ogni caso è corredato di copiose osservazioni e considerazioni dall' Autore compendiate nelle seguenti conclusioni: Nei casi descritti di leucocitemia linfatica si sono verificate le alte ragioni seguenti: 1.° Nelle glandule linfatiche iperplasia del tessuto dei follicoli e atrofia dei seni. 2.° Nel sangue modica diminuzione di globuli rossi, globuli bianchi più o meno numerosi secondo l' estensione della lesione nei gangli linfatici. 3.° Nel fegato deposito di globetti bianchi con leggera dilatazione dei vasi portali dell'acino. 4.° Nel midollo delle ossa presenza di globetti bianchi piccoli e diminuzione progressiva delle cellule midollare fino alla loro scomparsa totale: nessuna formazione di tessuto linfatico e di globuli rossi nucleati.

Nei casi di leucocitemia splenica si è visto quanto appresso: 1.° Nella milza iperplasia notevole dei cordoni della polpa e scomparsa quasi totali dei corpuscoli di Malpighi. 2.° Nel sangue diminuzione del numero dei globuli rossi più rilevanti che non nella leucocitemia linfatica e nel linfoma maligno; copia notevole di globuli bianchi con prevalenza di quelli grandi più degli ordinari leucociti, ma quasi tutti colle note proprietà fisico-chimiche di questi. Nessun globulo rosso nucleato. 3.° Nel fegato dilatazione rilevante dei vasi portali dell' acino pieni di globuli bianchi. Nessuna formazione di linfoma. 4.° Nel midollo delle ossa globuli bianchi somiglianti a quelli del sangue; rarissime le cellule midollari e non in attitudine di proliferazione; rarissime pure le forme nucleate rosse. La lesione massima nelle ossa spugnose si verificava allo

sterno nella porzione inferiore del corpo; nelle ossa lunghe al femore. In nessun punto gli elementi cellulari del midollo erano contenuti in un reticello linfatico propriamente detto. 5.° Tanto nella leucoemia linfatica che nella splenica deposito di globuli bianchi nei polmoni e nei reni. Nel linfoma maligno ha avuto luogo: 1.° Nelle glandule linfatiche una struttura neoplastica limitata ai follicoli, costituita da tessuto fibroso con cellule piatte e fusate, il quale tessuto in qualche punto ha una disposizione a maglie irregolari o alveolari, nelle quali si contengono poche cellule rotonde di varia grandezza; in altri punti il tessuto è formato da fasci ondulati con cellule piatte e fusate; questa quale neoplasia sostituiva direttamente il tessuto dei follicoli atrofizzando i seni. 2.° Nel fegato neoplasmi secondari multipli che ripetevano la struttura della neoplasia primitiva dei gangli linfatici. 3.° Nel midollo delle ossa lunghe infiltrazione di globuli bianchi attorno ai vasi, o sparsi irregolarmente nel tessuto interstiziale fibroso. Nel linfoma maligno e nella leucemia linfatica non si è potuto conoscere il modo di diffusione del processo patologico dall'uno all'altro gruppo glandolare. Tenuto calcolo che i globuli bianchi presentatisi nel midollo delle ossa tanto nella leucemia quanto nel linfoma si sono mostrati sempre per conformazione e struttura identici a quelli dei focolai primitivamente lesi; che la quantità degli elementi bianchi del midollo è stata proporzionale all'alterazione di questi; che nei punti ove la lesione midollare era maggiore si notava dilatazione delle vene, si può ritener probàbile che nel midollo siensi verificati depositi successivi di globuli bianchi circolanti nel sangue. Il linfoma maligno differisce dalla leucoemia per l'andamento più rapido del processo, per la struttura decisamente neoplastica e per la presenza di prodotti eteroplastici secondari. Detto linfoma maligno differisce dal sarcoma primitivo delle glandole linfatiche per la limitazione del processo ai follicoli linfatici, e la nessuna invasione ai tessuti attorno alle glandule non che per la prevalenza della sostanza fondamentale sugli elementi cellulari con tendenza a costituire un tessuto fibroso. Nella anemia essenziale abbiamo notato: 1.° Degenerazione grassa del cuore, fegato, reni, ed iperplasia fibrosa di questi organi e della milza; 2.° Quale lesione predominante una diminuzione straordinaria di globuli rossi nel sangue, non già per distruzione dei medesimi, ma per deficiente formazione, quantunque nel midollo delle ossa e nella milza apparissero segni evidenti della così detta ematopoiesi vicaria. 3.° Nel midollo delle ossa numerose cellule midollari tipiche, molti globuli rossi nucleati ed alcuni globuli bianchi. 4.° Nelle ossa lunghe la formazione del midollo rosso s'inizia al terzo superiore del femore e principiando dalla periferia si estende al centro. 5.° Quantunque le lesioni incontrate nella anemia essenziale sieno presso a poco uguali a quelle dell'anemia secondaria, con tutto ciò crediamo non si debbano confondere fra loro queste forme morbose.

WEIGERT. — **Perniciöse Anämie mit ausgedehnter Lymphangiectasie; Erfüllung der Lymphbahnen mit blutähnlicher Lymph.** (*Anemia perniciosa con estesa linfangiectasia; le vie linfatiche ripiene di linfa simile al sangue*). In: *Virchow's Archiv.* LXXIX, pag. 390.

La necroscopia rivelò tutti i caratteri dell'anemia perniciosa: depressione adiposa del cuore, midollo delle ossa rosso, emorragie cerebrali, ritmiche, sulla superficie interna della dura madre, nel connettivo, sulle sierose, sui reni, nello stomaco, nella vescica. Ma oltre di ciò le ghiandole linfatiche al collo erano ingrossate e di color rossigno e circondate da una rete di linfatici dilatati e ripieni di linfa rossastra; la stessa rete linfatica si osservava a destra dell'aorta ascendente; le ghiandole linfatiche mesenteriali retro-peritoneali, portali e omentali si presentavano ingrossate, rossiccie; i vasi linfatici corrispondenti dilatati e contenenti un liquido pure tendente al rosso; il dotto toracico era pervio. L'esame microscopico delle ghiandole linfatiche dimostrò una notevole dilatazione dei seni linfatici ripieni d'una linfa ricca di globuli rossi; lo stesso liquido riempiva i vasi linfatici.

FOÀ. — **Contribuzione allo studio della malattia dell'Addison.** (*Rivista Clinica di Bologna,* 1879, pag. 333).

Nel 1878 l'Autore fece l'autopsia d'un individuo affetto dalla malattia bronzina e ritrovò iperemia della tavola interna della calotta cranica, delle meningi e del cervellò; cuore aplasico e bruno; aplasia dell'aorta; aplasia lieve della milza, congestione dei reni; congestione e pigmentazione del fegato; catarro gastrico-cronico; enterite follicolare; degenerazione fibroso-caseosa delle capsule surrenali.

L'esame microscopico dei varj organi induriti confermò la diagnosi macroscopica.

Quello delle cassule surrenali permise di notare in vicinanza delle masse caseose un accumulo di globuli bianchi, di elementi maggiori, ed anche di vere cellule giganti; tutti questi elementi non costituivano nodosità di sorta; quelle invece si rinvennero per lo più attorno a piccoli vasi il cui lume era o pervio o quasi obliterato dall'endotelio rigonfio. L'Autore confessa di non poter decidere se l'aplasia del cuore e dell'aorta sieno state conseguenza d'una clorosi in quell'individuo, e se la clorosi possa essere stata causa predisponente del morbus Addison; non sa nemmeno risolversi a negare la natura tubercolare alle alterazioni trovate nelle cassule sopra-renali; afferma invece che l'aver osservato illeso il simpatico, dimostra una volta di più che la malattia d'Addison non è dovuta a lesione del simpatico addominale: egli ritiene piuttosto che quel morbo dipenda dalla ritenzione nel sangue della secrezione venefica delle cassule surrenali. Che esse contengano un succo virulento lo dimostrarono le esperienze del suo assistente Pellacani, e le sue proprie, consistenti nella distruzione parziale

delle capsule mediante la cauterizzazione od altro; egli non ottenne con ciò tutti i segni della malattia bronzina, ma gli animali al più tardi dopo un mese morivano, sotto i sintomi di progressivo marasmo.

HINDENLANG. — **Pigment infiltration von Lymphdrüsen, Leber und anderen Organen in einem Fall von Morbus maculosus Werlhofii.** (*Pigmentazione di ghiandole linfatiche, del fegato e di altri organi in un caso di morbus maculosus Werlhofii*). In: *Virchow's Arch.* LXXIX, 492.

L'Autore ricorda dapprima le osservazioni di Orth, di Tillmanns e di Müller riferentisi a pigmentazioni di ghiandole linfatiche e di altri organi dopo emorragie traumatiche. Nota non esser solo queste, causa di pigmentazione delle ghiandole linfatiche, ma che anche emorragie spontanee sia del connettivo, sia dei muscoli, sia delle sierose, possono dar origine allo stesso fenomeno, ed in prova riferisce questo caso di *Morbus maculosus* che condusse il malato alla tomba.

Alla autopsia le ghiandole ed il fegato si presentarono del color della ruggine; l'esame microscopico delle prime dimostrò i setti ipertrofici qua e là infiltrati di cellule piccole, rotonde; gli spazj follicolari invece erano zeppi di masse di pigmento che si depositò dalla periferia verso il centro; in qualche punto il follicolo era come rinchiuso da una zona di pigmento, in qualche altro non si vedeva nemmeno più traccia di tessuto adenoide; però il reticolo ricompariva se si sottoponeva il preparato alla spennellazione; inoltre dai preparati si rilevava con facilità che la maggior parte delle masse pigmentate correvano la via dei vasi linfatici; se ne rinvenivano però anche nei vasi sanguigni e nelle pareti di questi. Anche il midollo delle ossa mostrava copia di granuli pigmentali; in nessun luogo si trovarono cristalli di ematoidina. Nel fegato il pigmento era depositato di preferenza nel tessuto interacinoso; però non faceva difetto nemmeno nell'interno degli acini essendone qua e là infiltrate persino le pareti delle vene centrali; anche le cellule epatiche si mostravano infiltrate da granuli splendenti, giallognoli; inoltre si potea constatare una decisa iperplasia, del connessivo interstiziale. Anche nei reni eravi deposito di pigmento, specialmente nei glomeruli; il che prova aver esso circolato col sangue. — Anche il pancreas era pigmentato; nei muscoli si scorgeva una enorme quantità di globuli rossi che sostituivano il tessuto muscolare scomparso. L'analisi chimica del fegato, del pancreas e delle ghiandole linfatiche dimostrò un aumento nella quantità del ferro contenuto.

Il reperto brevemente riassunto offre quindi un caso di riassorbimento di sangue, o di pigmento del sangue, per la via dei linfatici ed in seguito anche col mezzo della circolazione sanguigna.

EBERTH. — **Die Amyloide Entartung.** (*La degenerazione amiloide*). In: *Virchow's Archiv.* LXXX, 138.

L'Autore sottopose a nuovo studio la massima parte degli organi col-

piti da questa degenerazione. Nelle ghiandole linfatiche trovò che degeneravano le trabecole e le cellule del reticolo, mentre le cellule linfatiche rimanevano illese; nella milza succedeva il medesimo: degeneravano le trabeccole dello stroma e i vasi sanguigni; le cellule rimanevano intatte. Nel midollo delle ossa egli osservò degenerate parzialmente le arterie e i capillari. Nel fegato si gonfiavano enormemente le pareti dei capillari; le cellule epatiche non partecipavano alla degenerazione; questa osservazione dell'Autore sta in aperto contrasto colle asserzioni di Boetcher (vedi la precedente *Rivista d'Anatomia patologica* in questi *Annali*), il quale sostenne avvenire nel fegato il contrario. Nei reni la degenerazione colpiva i glomeruli, le arterie i capillari, ed ultime le vene, gli endoteli e l'epitelio dei canalicoli si mostrarono costantemente sani.

Nella ghiandola tiroide l'Autore vide degenerate le piccole arterie i capillari e lo stroma.

A questo modo l'Autore passa in rassegna le capsule soprarrenali, le ghiandole acinose, i muscoli striati e lisci, il cuore, i grossi vasi, il tessuto adiposo, l'intestino, e conchiude che la degenerazione amiloide è un processo di natura progressiva che in tutti gli organi colpisce il solo connessivo; che l'alterazione si divide in due stadj, quello della semplice metamorfosi amiloido, e quello dell'ingrossamento o gonfiamento amiloide. Per ciò che riguarda le ghiandole linfatiche, le sue conclusioni sono contrarie a quelle di Virchow, che ammette la degenerazione delle cellule linfatiche, a quelle di Kyber che peccano per poca precisione e a quelle di Cornil che ammette la degenerazione e dei vasi sanguigni, e delle cellule linfatiche, e del reticolo.

CURSCHMANN. — **Ueber das Vehhalten des Methylgrünn zu amyloiddegenerirten Geweben.** (*Il verde d'anilina e i tessuti colpiti da degenerazione amiloide*). In: *Virchow's Archiv*, LXXIX, 557.

L'Autore essendo occupato nello studio del rene amiloide trovò opportuno di cimentare con quella degenerazione varj colori d'anilina, e ritrovò nel verde uno squisito reagente della sostanza amiloide che ne rimane tinta d'un bel colore violetto, mentre le parti sane si tingono in verde; più facilmente rispondono alla reazione i preparati freschi, ma non sono renitenti nemmeno quelli induriti nell'alcool, o nell'acido cromico.

La conservazione dei preparati fu ottenuta dall'Autore rinchiudendoli nella levulosa. I cosidetti cilindri jalini che così di spesso occorrono nei reni, si tingono invece di un bel bleu oltremare.

FLEISCHER. — **Zur Frage der Hautresorption.** (*Intorno all'assorbimento cutaneo*). In: *Virchow's Archiv*, LXXIX, 558.

Lassar, praticando sui conigli delle frizioni oleose, era stato condotto ad ammettere l'assorbimento cutaneo ed a meravigliarsi di Fleischer

che lo negava per certe sostanze disciolte nell'acqua. Questi risponde piuttosto vivamente, facendo osservare che le frizioni di pece e di acido fenico dal Lassar invocate per dimostrare l'assorbimento cutaneo, non si fanno a cute illesa, ma a cute avariata com'è quella degli scabbiosi; secondariamente afferma che i risultati negativi da lui ottenuti mediante frizioni di veratrina, di morfina, e di joduro potassico sciolti e incorporati nel grasso, non gli permettono di accettare l'opinione del Lassar, che certe sostanze possono esser assorbite dalla cute quando sieno disciolte in mezzi omogenei al sebo prodotto dalle ghiandole sebacee.

Lassar. — **Ueber Erkältung.** (*Del raffreddamento*). In: *Virchow's Archiv*, LXXIX, 168.

L'Autore si propose di sciogliere mediante una serie di esperimenti il quesito; « se l'organismo risenta danno qualora da un ambiente caldo venga improvvisamente esposto ad una forte e passeggiera diminuzione di calore. » A tal uopo egli pelò dei conigli per mezzo del solfuro di calcio, e da un ambiente caldo li immerse per 1-3 minuti in acqua diaccia; la temperatura del corpo tosto s'abbassava, l'animale per alcune ore tremava di freddo, talvolta era assalito da violenti diarree, regolarmente dopo uno o due giorni compariva albuminuria dapprima insignificante, poscia sempre più pronunciata; contemporaneamente la temperatura saliva. L'albuminuria talvolta cessava, talvolta conduceva a morte l'animale; se un coniglio guarito s'infreddava di nuovo, l'albuminuria ricompariva.

L'esame microscopico degli organi rivelò costantemente un'inflammazione interstiziale dei reni, del fegato, ed anche dei polmoni, del cuore, e del nevrilemma; la cute, i muscoli, le articolazioni si mostravano intatti; il parenchima sempre illeso, i vasi sanguigni invece di sovente dilatati enormemente le arterie talvolta otturate da trombi, attorno alle vene notevole copia di globuli bianchi emigrati.

L'Autore si muove l'obiezione che tutti questi fenomeni possono esser dovuti alla perdita del pelo, e vi risponde che essi si notarono anche in animali non pelati e che gli animali soltanto pelati non offrono i sintomi e le condizioni morbose accennate. Gli stessi risultati ottenne l'Autore sperimentando sui cani. Egli esperimentò pure su coniglie gravide ed osservò che in esse nè temperature eccessivamente calde nè quelle eccessivamente fredde provocavano aborto, che le lesioni organiche delle coniglie gravide infreddate, si ripetevano anche nei feti specialmente nel fegato il quale assumeva l'aspetto del fegato sifilitico dei neonati.

Nel fegato degli animali adulti la lesione si localizzava da principio in prossimità dei vasi, incominciava adunque probabilmente nelle pareti di questi, inoltre la bile conteneva costantemente albumina.

L'Autore ritiene che i suoi esperimenti parlino in favore della ipotesi

emessa dal Rosenthal per ispiegare i fenomeni delle infreddature, che il sangue cioè improvvisamente raffreddato alla periferia del corpo spinto negli organi interni li infiammi; fa inoltre riflettere che i suoi esperimenti dimostrano esservi una serie di malattie organiche provocate da mere cause fisiche e da mutamenti nelle condizioni vitali senza nessuna compartecipazione di germi infettivi.

TILMANNS. — **Esperimentelle und anatomische Untersuchungen über Wunden der Leber und Niere.** (*Ricerche sperimentali e anatomiche intorno alle ferite del fegato e dei reni*). In: *Virchow's Archiv*, LXXVIII, 487.

L'Autore si propose in questo accurato lavoro, primieramente di giungere ad una qualsiasi conclusione intorno ai pericoli delle emorragie nelle lesioni dirette del fegato e dei reni, secondariamente di studiare i processi microscopici che conducono alla cicatrizzazione di quelle lesioni, specialmente riguardo alla neoformazione del connessivo e dei vasi, all'organizzazione del trombo, ed ai processi anatomici del riassorbimento dei tessuti. L'esperimento consistette nello scoprire ad animali o il fegato o i reni e nell'inciderne in vario modo delle porzioni; ogni operazione fu fatta con metodo rigorosamente antisettico. Dagli esperimenti dell'Autore risultò che le lesioni dirette del fegato e dei reni non arrecano emorragie mortali e che solo nel caso di rottura di qualche grosso vaso l'emorragia può produrre la morte.

L'Autore si occupò pure della questione intorno all'origine degli elementi che vanno a costituire la cicatrice nel fegato, nei reni, nei polmoni, e nella milza, prese a tal uopo da organi già morti e conservati nello spirito di vino delle porzioni del volume d'un centimetro cubico e d'un centimetro e mezzo, e dopo avervi fatte delle incisioni, le introdusse nella cavità addominale di conigli vivi, ed osservò se le incisioni fattevi cicatrizzavano; infatti molte volte ciò avvenne e l'Autore ne concluse che molto verosimilmente i soli globuli bianchi del sangue ciò producevano, essendo chiaro che nessuna proliferazione era possibile per parte degli elementi già morti da parecchio tempo. Ed invero la lesione si riempiva già nelle prime 24 ore di globuli bianchi.

Se l'immigrazione era troppo abbondante il tessuto morto veniva riassorbito, se invece erano a poco a poco in connessivo sotto la progressiva neoformazione di vasi che l'Autore crede essi pure provenire da metamorfosi dei globuli bianchi.

L'Autore non potè stabilire differenza di sorta fra i preparati ottenuti dalle cicatrici formatesi in materiale morto, e quelli ottenuti da cicatrici avvenute in organi vivi.

Baumgarten. — Zur Lehre von der sogenannten Organisation der Thromben und zur Frage von der pathol Bindegewebsbildung: (*Del dottrinale della cosidetta organizzazione dei trombi e della questione intorno alla produzione patologica di connettivo*). In: *Virchow's Archiv.* LXXVIII, 497.

L'Autore in questo lavoro difende la sua tesi, che l'organizzazione del trombo provenga da proliferazione dell'endotelio vasale, contro le conclusioni di Seuftleben (vedi Rivista antecedente) il quale subordina tutto il processo alla immigrazione dei globuli bianchi.

Gli argomenti di Seuftleben si riducevano principalmente a tre: 1.° al fatto che anche in porzioni di vaso introdotto morto nell'organismo si produce un tessuto identico a quello che si forma nei vasi vivi parecchio tempo dopo la loro legatura; 2.° alla mancanza d'una prova diretta o indiretta di proliferazione endoteliale nei vasi sottoposti a legatura; 3.° al fatto che se prima della legatura doppia d'un vaso si injettava nella massa del sangue della polvere d'indaco questa si rinveniva costantemente nel tessuto che si formava nel vaso legato.

Al primo argomento l'Autore contrappone, *a*) aver egli ripetuto gli esperimenti di Seuftleben e con risultato negativo; *b*) non negar egli però teoreticamente la possibilità che entro vasi privi di vita si formi tessuto connessivo; ma questo avvenire perchè nel sito della legatura la media e l'intima si rompono, ed il circostante tessuto di granulazione (che non è certamente costituito da soli globuli bianchi stravasati) può con faciiità penetrare a traverso la poco resistente avventizia; *c*) nessun argomento adatto dal Seuftleben aver provato che la neoformazione del tessuto avveniva per opera dei globuli bianchi stravasati, non avendo egli tenuto conto della possibile penetrazione del tessuto di granulazione nell'interno del vaso, d'aver anzi egli stesso ammesso implicitamente questo modo di organizzazione del trombo spiegando la presenza dei vasi neoformati visibili nei suoi preparati con una irruzione di piccoli tronchi vascolari procedenti dai vasi esterni, che certamente, dice il Baumgarten non saranno penetrati soli ma accompagnati da tessuto di granulazione costituito da globuli bianchi stravasati, da cellule endoteliali, da cellule giovani di connessivo e da cellule epiteliali; *e*) le cellule endoteliali fusiformi riscontrate dal Seuftleben e da lui dichiarate neoformate e provenienti dalle cellule immigrate nel lume del vaso legato, non essere probabilmente che le cellule vecchie endoteliali delle pareti del vaso morto; Baumgarten potè ottenerne di bellissime immergendo per giù giorni in acqua tepida (35°-40 R) dei pezzi di carotide previamente sottoposti a doppia legatura.

Gli stessi argomenti obbietta il Baumgarten ai risultati ottenuti dal Seuftleben introducendo nella cavità addominale di conigli dei pezzi di polmone; e a quelli di Tillmanns che escideva delle porzioni di tessuto da organi vivi e morti.

Alla 2.ª conclusione del Seuftleben risponde il Baumgarten notando

anzitutto parecchie contraddizioni incorse dal suo antagonista, ma sopratutto affermando che la proliferazione endoteliale si rende visibile solo al 4.°, 5.° giorno e non dopo 48-60 ore dall'operazione, che ad ogni modo dalla forma rotonda delle cellule non si può conchiudere esser esse globuli bianchi, perchè qualsiasi taglio trasversale d'una cellula endoteliale deve riescire necessariamente rotondo; che anche fossero in realtà cellule rotonde ciò non escluderebbe la loro provenienza dall'endotelio se le cellule che lo rappresentano non provenissero dalla proliferazione di esso che le cellule migranti sono polinucleate, mentre quelle che si scorgono nei preparati del Seuftleben ottenuti da vasi vivi hanno nucleo unico.

Al terzo argomento oppone Baumgarten che dopo i lavori di Thiersch, di Stricker, di Waldeyer, per tacere di altri incorporazioni del cinabro nelle cellule non prova menomamente la provenienza di esse. Per tutto questo il Baumgarten perdura nell'opinione che l'endarterite obliterante avviene in causa di proliferazione dell'intima, e che in genere ogni tessuto cicatriceo proviene da elementi endoteliali proliferanti, vale a dire e da cellule connettive fisse, e dall'endotelio dei vasi sanguigni, e da quello dei linfatici.

RELAZIONE

degli argomenti trattati nel 9.° Congresso dell'Associazione dei Chirurghi tedeschi tenuto dal 7 al 10 aprile 1880

(Appendice al N. 20 1880 del *Centralblatt für Chirurgie*)

tradotta dal dott. VITTORIO CAVAGNIS

König — *Risultati delle resezioni articolari nella tubercolosi articolare con la medicatura antisettica.*

Esmarch — *Operazioni senza perdita di sangue.*

Vogt — *Il liquido di Winckersheimer nei tumori.*

Petersen — *Alto apparecchio.*

Kraske — *Micosi delle ossa mascellari.*

Urlichs — *Rapporti dell'elasticità delle arterie nell'elevazione verticale.*

König — *Osteotomia nel ginocchio valgo.*

Gluck — *Saldatura di un pezzo di nervo esciso.*

Roser — *Istrumento per la dilatazione della stenosi laringea; Istru-*

mento per l' estrazione di corpi stranieri dai bronchi; Apparecchio aspirante per l'estrazione dei frammenti di calcolo dalla vescica.

V. Lesser — *Sulla teoria della scoliosi.*

Credè — *Distensione e taglio della 3.ª branca del 5.°*

Bidder — *Apparecchio pel ginocchio.*

Neuber — *Apparecchio di guanciali antisettici.*

Rosenberger — *Saldatura di pezzi di tessuto staccato.*

Czerny — *Estirpazione di tumori retroperitoneali.*

Borhaupt — *Meccanismo delle fratture per arme da fuoco delle grandi ossa lunghe.*

V. Langenbeck — *Sutura dei nervi.*

Sonnenburg — *Cistosarcoma del cervello.*

Bryk — *Tumore del mascellare inferiore; Igroma della regione glutea; Mammella pietrificata.*

Langenbuck — *Tumore del cavo dell' occhio; Concrezioni del ventricolo e dell'intestino tenue; Corpo articolare; Gastrotomia per stenosi esofagea; Duodenotomia.*

Czerny — *Calcolo renale; Aneurisma artero-venoso; Aneurisma artero-popliteo; Apparecchio pel piede equino; Catetere caustico uretrale.*

Hirschberg — *Cura degli stringimenti uretrali.*

Roser — *Gangrena diabetica; interposizione di muscoli e di tendini nelle lesioni violente delle ossa e delle articolazioni.*

Wolff — *Sull'operazione della fessura del palato; Sull'operazione del labbro leporino; Corsetto-bicchier d'acqua.*

Hogedorn — *Resezione d' ambedue le articolazioni del mascellare inferiore; Escisione d'intestino.*

Hahn — *Resezione bilaterale dell' articolazione della coscia; Osteotomia sottotrocanterica; Resezione dell'articolazione del piede.*

Ogston — *Rapporto dei bacterii colla formazione degli ascessi.*

Hirschberg — *Plastica al perineo.*

Wölfler — *Operazione di cancro linguale.*

Bardeleben — *Materiale di medicatura; Resezione del ginocchio; Resezione del cubito; Operazione di Ogston nel ginocchio valgo; Elefantiasi.*

Wolff — *Ernia lombare.*

Wölfler — *Estirpazione dell'utero.*

Nitze — *Apparecchio d'illuminazione.*

Chwat — *Bacino suppurato; Apparecchio per ripulire la vescica orinaria.*

Starke — *Lussazione complicata del cubito.*

Gutsch — *Corpi articolari; Arterite deformante; Atrofia da inattività.*

V. Langenbeck — *Tumori gommosi.*

König (di Gottinga). — **Dei risultati delle resezioni articolari nella tubercolosi articolare con la medicatura antisettica.**

La speranza che col togliere prontamente la malattia conosciuta sotto il nome di tubercolosi locale delle articolazioni si possa prevenire una infezione generale non pare realizzabile. Infatti di 117 resezioni, praticate dall'Autore nel corso di 3 anni e mezzo, 25 morirono, 74 guarirono, 18 restarono non guariti; e di questi ultimi 14 furono in seguito guariti con amputazione. Si vede poi che la vera guarigione primitiva (König vuol intendere per questa la vera consolidazione delle ossa e delle parti molli, e non la semplice unione e congiunzione della ferita delle parti molli, da molti notata come guarigione primitiva) ebbe luogo solo in 4 casi, cioè dopo la resezione di due metatarsi e di due articolazioni del ginocchio; queste ultime erano state resecate in uno stadio avanzato di tubercolosi. I rimanenti guarirono tutti in parte per seconda intenzione, e cioè mediante la formazione di granulazioni tubercolari. Quindi la guarigione fu molto più protratta che nelle lesioni analoghe di articolazioni non tubercolose. Di 66 casi si potè approssimativamente stabilire il tempo occorso per avere la guarigione.

Dopo anni	1 1/2	erano guariti	34	ammalati
» »	1	» »	17	»
» »	1 1/2	» »	4	»
» »	2	» »	7	»
»	tempo più lungo	»	4	»
		Non è noto in	34 (1)	

Dei 25 casi di morte sunnotati, 18 sono dovuti (16,3 0/0) (2), al generalizzarsi della tubercolosi. Se perciò si calcolano anche 9 pazienti, che trovavansi affetti da tubercolosi inguaribile, si ha che già 4 anni dopo l'ultima operazione 21,6 0/0 (3) di tutti gli ammalati operati erano diventati tubercolosi. E da ciò apprendiamo che un'azione essenzialmente vantaggiosa sull'andamento della malattia almeno finora non potè essere conseguita coll'operazione antisettica.

Nella discussione, Kraske (di Halla) osserva che colla pronta resezione si ottennero in Halla risultati migliori. — Ma König non può confermare la buona influenza della pronta resezione. — Esmarch, le di cui esperienze corrispondono a quelle di König, pratica ora di frequente l'amputazione nelle articolazioni tubercolose.

Sonnenburg (di Strasburgo).

Esmarch (di Kiel). — **Sulle operazioni con completa emostasia preventiva.**

Il metodo impiegato da 7 anni dall'oratore, di praticare le opera-

---

(1) Questi numeri non s'accordano con quelli delle prime linee. (*Il Trad.*)

(2) Pare piuttosto il 15,3 0/0 della totalità degli operati e il 72 0/0 dei morti. (*Id.*)

(3) *Pare invece* il 23 0/0. (*Id.*)

zioni coll'emostasia preventiva trova ancora molte volte presso stimabili chirurgi opposizioni per le emorragie parenchimatose, che insorgono dopo che si ha levatò il tubo di gomma, interruttore del circolo. E siccome parecchie modificazioni introdotte da varie parti al metodo Esmarch per impedire tali emorragie, non ci riescono, ritiene l'Autore importante il descrivere il suo attuale metodo operatorio, col quale vengono interamente prevenute le emorragie parenchimatose. Egli perciò descrive il suo metodo nelle amputazioni, nelle resezioni e nelle necrotomie. Dopo di avere compiuta l'amputazione senza spargere punto sangue, vengono accuratamente legati tutti i vasi, e poi viene chiusa la ferita con una sutura da pellicciajo, per la quale impiegasi il catgut. Si introducono tubi da fognatura riassorbibili, si dispone un apparecchio duraturo (Nueber) (1) comprimente, viene innalzato verticalmente il moncone d' amputazione, e solo dopo tutto ciò si leva il tubo di gomma. Riposto in letto il paziente gli si fa tenere ancora per mezz'ora il moncone d'amputazione in posizione verticale. In 12 am-

(1) Credo opportuno qui tradurre il seguente articolo del « Centralb. für Chir. » 1879. n. 40. G. Nueber (di Kiel). Una medicatura durevole (Dauerverband) antisettica dopo la completa cessazione del sangue. (« Arch. f. Klin. Chir. » 1879, Bd. 24, Hf. 2). Neuber ha provato ad applicare, dopo avere ottenuto la completa cessazione dell' emorragia una medicatura antisettica, che potesse restare in posto per lungo tempo. Per rendere ciò possibile, fu adoperato quale materiale di cucitura (*a*) il facilmente riassorbibile catgut, e furono impiegati dei tubi di fognatura di diverse dimensioni fatti da ossa animali decalcificate e disinfettate. Questi tubi hanno le pareti grosse da 1⁄2 a 1,1⁄2 mm. e un lume di 3,6 mm. e sono fatti di ossa di cavallo e di bovini, vengono tenuti per 10 ore in una soluzione di acido cloridrico, che li decalcifica, sono lungamente lavati in una soluzione fenica del 5 0⁄0 e conservati in altra del 10 0⁄0. In generale essi sono riassorbiti in 10 giorni, fino alla superficie della ferita. Se sono stati tenuti nell'acido cloridrico per sole 8 ore allora ci vogliono 2 a 3 settimane pel loro riassorbimento. Neuber ne impiega molti e corti. Nell' applicazione di questo apparecchio duraturo si impedisce che sfuggano dentro i tubi da fognatura coll'applicazione di aghi di sicurezza trasversali, la ferita viene abbondantemente circondata da cercini di garza che si assicura con fascie di garza carbolica, tutte le ineguaglianze vengono riempiute con ovatta salicilata; al di sopra si mettono degli strati di ovatta salicilata assicurati con fascie di garza carbolica, e poi finalmente si applica la garza di Lister a nove strati. I 36 casi, raccolti in tavola, trattati a questo modo, diedero 1 caso di morte dopo l'amputazione di una mammella per setticemia, e 2 casi di morte per peritonite (ovariotomia ed operazione per fistola stercoracea) tutti gli altri casi andarono guariti e quasi tutti guarirono completamente o quasi con una sola applicazione di tale apparecchio. Maas (di Friburgo).

(*a*) *Als Nähmaterial.* Io credo che manchi un *t*, e che si debba leggere *als Nähtmaterial.* (*Il Trad.*).

putazioni (9 della gamba) eseguite in tal modo, non si verificò mai alcuna emorragia, e nella maggior parte la prima medicazione restò in posto fin 14 giorni, elevandola si trovò soltanto una striscia di sangue, asciutta, sottile, corrispondente alla cicatrice lineare.

Nelle resezioni viene da due anni riunita la ferita colla sutura da pellicciajo, dopo aver legato anche i pochi vasi visibili, e poi l'arto viene disposto su una stecca, e insieme alla stessa sollevato verticalmente e tenuto in tale posizione per mezz'ora.

In 56 resezioni praticate nel 1878 mai successe emorragia, nè alcuno degli operati morì; in 33 casi fu applicata la *medicatura duratura*, la quale restò in posto nel più dei casi da 3 a 4 settimane.

Nelle 148 necrotomie che Esmarch medicò nella maniera anzidetta egli dovette 6 volte, malgrado l'otturamento con fungo ignario o con cotone, prestamente levare l'apparecchio per grave emorragia insorta; e una volta ebbe anche la gangrena di un piccolo lembo cutaneo. Dalla Pasqua del 1879 Esmarch dopo la necrotomia tralascia di turare il cavo del sequestro, ne unisce la pelle sovrastante dopo un'accurata disinfezione e l'introduzione nello stesso di tubi da fognatura riassorbibili, e solo dopo avere applicata la *medicatura durevole* slega il tubo di gomma. Dopo d'allora in 12 casi non successe più nessuna emorragia, e le ferite restarono asettiche ed anzi nel più dei casi si ebbe una completa guarigione per prima intenzione.

Esmarch ottenne finalmente analoghi risultati con simile processo in altre operazioni (per esempio: ablazioni di tumori) agli arti: ebbe invece a lodarsene meno nelle operazioni alle regioni della spalla e del cotile.

König (di Gottinga) si richiama alla sua comunicazione sulla modificazione da lui introdotta al metodo operatorio dell'emostasi preventiva. Egli si comporta precisamente come Esmarch, salvochè egli non adopera la *medicatura durevole*. Ciò che per lui è essenziale è il mettere l'arto verticalmente (ciò è praticabile anche per la coscia); ed egli lo fa tenere in tale posizione fin 24 ore: e ciò porta ai pazienti relativamente poco disagio.

Waitz (d'Amburgo) ha veduto riuscire molto profittevoli le irrigazioni d'acqua calda, impiegate dagli ostetrici, anche per arrestare le emorragie parenchimatose, dopo l'impiego dell'emostasia preventiva. Colle dette irrigazioni le emorragie si arrestano subito e il tessuto bagnato si rende bianco.

Trendelenburg (di Rostock) volle approfittarsi del metodo emostatico di Esmarch anche nelle operazioni praticate alla regione dell'articolazione del cotile. La prima volta trattavasi della disarticolazione del femore, del quale aveva prima resecato il capo articolare, e che avea poi amputato al suo estremo superiore: prima dell'ultimo atto dell'operazione il tubo costrittore applicato gli scivolò giù insieme al distaccarsi dell'arto e si potè impedire un'imponente emorragia solo gra-

zie agli ottimi assistenti. Perciò in un altro caso Trendelenburg impiantò attraverso alle parti molli della coscia una canna in croce al di sopra della linea d'amputazione, e così potè impedire che scivolasse il tubo applicato al di sopra della canna stessa.

Esmarch (di Kiel) in tali operazioni impiega un apparato a *pelotte* combinato dal suo assistente Neuber, che preme l'arteria femorale contro l'osso.

Schede (di Berlino) applica una spica della coscia con fascie di gomma colle quali comprime contro l'arteria femorale una benda arrotolata. Con questo mezzo egli praticò due disarticolazioni del femore senza perdita di sangue.

Madelung (di Bonn) osserva, riguardo alla comunicazione di Waitz, che le prove più volte eseguite durante l'estate del 1878 nella Clinica chirurgica di Bonn, di arrestare le emorragie parenchimatose, che si presentano dopo levato il tubo di Esmarch, colle irrigazioni d'acqua calda, dimostrarono l'assoluta inefficacia di tale metodo. Anzi le emorragie, dopo essersi momentaneamente arrestate, alcuni secondi dopo avere dismesso le irrigazioni, divenivano anche rese più copiose di prima. In una dissertazione di Bonn, Hartstein ha comunicato degli esperimenti fatti con molta cura su degli animali riguardo all'azione delle irrigazioni d'acqua calda. MADELUNG (di Bonn).

VOGT (di Greifswald). — **Sulla cura delle Neoformazioni mediante l'imbibizione col liquido di Wickersheimer** (1).

L'Autore cominciò le sue esperienze sulla cura delle Neoformazioni col liquido di Wickersheimer (confronta centr. f. chir. 1879, p. 783).

(1) Come si rileva dal Centr. f. Chir. 1379 n. 46, Wickersheimer è preparatore di Anatomo-Zootomia all'Università di Berlino ed adopera per la conservazione dei cadaveri sia umani, sia animali e delle loro parti, come pure dei vegetali un liquido, pel quale ha ottenuto dal Ministero una Patente, e che è composto nel modo seguente: in tre litri d'acqua bollente vengono sciolti 100 grammi d'allume, 25 di sal di cucina, 12 di sal nitro, 60 di potassa e 10 grammi di acido arsenico. Lasciata raffreddare la soluzione si filtra: poi a 10 parti di questo liquido, che riesce neutro, inodoro ed incoloro, si aggiungono 4 parti di glicerina ed una di alcool metilico. L'Autore dichiara che questo liquido conserva le parti messeci nella loro propria forma, colore e mobilità, ed esse possono anche dopo anni essere sezionate sì a scopo scientifico come legale. Se le parti si vogliono conservare secche, vi si tengono per 6-12 giorni a seconda del loro volume, e poi se ne levano e si lasciano diseccare. Per conservare i pezzi grossi, come cadaveri intieri, che dopo lungo tempo si vogliono sezionare, basta far loro un'injezione, di questo liquido, nella quantità di 1|2 litro per un cadavere d'un bambino e di 5 litri per quello di un adulto. Se però dopo ciò questi pezzi vengono esposti all'aria, perdono la loro apparenza di freschezza e la loro epidermide si fa bruna. Per ottenere poi una vera imbalsamazione si fa l'injezione, come or ora è detto, di

Siccome le prove anteriori sugli animali avevano dimostrato anche per i tessuti viventi che questo liquido ha l'azione di penetrare nei tessuti stessi, quando ci sia convenientemente applicato, e di entrare prontamente in unione col tessuto medesimo, volle egli intraprendere la cura dei tumori maligni e non operabili mediante appunto tale soluzione. Per ovviare poi al rischio di un' intossicazione arsenicale (la quale però non era mai insorta nelle esperienze fatte su animali), egli adoperò nel lasso di 24 ore non mai più di 2 grammi di liquido, la quale quantità non contiene la dose massima tollerata d'arsenico. L'imbibizione venne in parte fatta col pennellamento e coll'applicazione di striscie di stoffa (*Lintsftreifen*), imbevute di questo liquido (nei carcinomi ulcerati), in parte fu ottenuta con iniezioni parenchimatose (1[2-1 siringa di Pravaz proprio nel tumore, ed anche alla base dello stesso), ed in parte vennero, giusta il processo raccomandato da Dohrn, imbevuti, dei fili, di tale soluzione, dopo essere stati accuratamente disinfettati; e poi tali fili vennero introdotti nel tumore e di tanto in tanto di nuovo imbevuti nel liquido.

L'Autore dalle prove fatte si crede autorizzato a raccomandare la soluzione di Wickersheimer per ulteriori esperienze su alcune forme ed in alcuni stadii di neoformazioni, perchè essa applicata debitamente ha la virtù di mantenere i tumori nel corpo in statu quo, ne arresta e rispettivamente ne impedisce il disfacimento, e la proliferazione e ne previene eventualmente un ulteriore importo. RINNE (di Berlino).

PETERSEN (di Kiel). — **Sull'alto apparecchio.**

L'Autore ritiene l'alto apparecchio come il metodo della litotomia dell'avvenire, e che esso sia decisamente da preferirsi al taglio laterale ed almeno da pareggiare col taglio mediano, dopochè si è imparato a togliere i due inconvenienti, che prima d'ora gli erano proprii, cioè la infiltrazione dell'orina e la sua conseguente putrefazione e la lesione del peritoneo. Al primo inconveniente provvede la sutura della vescica e la medicatura antisettica col contemporaneo svuotamento della vescica dalla siringa; quanto al secondo si potrebbe prima assicurarsi che la vescica e il retto (questo per mezzo del Kolpeurynter) fossero ben distesi, con che la piega peritoneale prevescicale viene più o meno spinta in alto al disopra dell'orlo superiore della sinfisi pubica. Una tavola di 10 prove fatte su cadaveri, che fu presentata dal Relatore alla Riu-

---

questo liquido, ed inoltre il pezzo da imbalsamare si tiene per alcuni giorni nello stesso liquido, e poi lo si asciuga, lo si involge in lino o tela cerata, imbevuti del medesimo liquido, e lo si conserva poi in vasi chiusi a tenuta d'aria.

A tutto ciò il relatore Tillmans aggiunge di avere avuto notizia che con una recentissima modificazione della detta miscela si può conservare perfettamente il colorito delle parti. (*Il Trad.*)

nione, dimostra che la detta piega viene a porsi tanto più in alto per quanto più sono distesi la vescica ed il retto e tanto meno quanto più l'individuo è grasso. Per esempio: in un cadavere appartenente ad un uomo di 40-50 anni, e molto grasso, essa, che nelle condizioni normali sta all'altezza dell'orlo superiore della sinfisi pubica, dopo il riempimento della vescica e del retto con 600 c. c. di liquido, si era innalzata di 6,5 mm. al di sopra dello stesso.

Güterbock (di Berlino) ricorda i vecchi tentativi degli autori francesi (Sappey, Pouliot, ecc.), secondo i quali la piega peritoneale prevescicale non si innalza collo stesso rapporto della vescica, e che esistono in proposito delle grandi differenze individuali.

P. Kraske (di Halla di Sassonia).

Kraske (di Halla di Sassonia). — **Di una malattia delle ossa mascellari verosimilmente micotica.**

Un uomo di 73 anni, che aveva perduto per carie tutti i denti, erasi da un anno accorto che gli orli alveolari d'ambe le mascelle erano scoperti di gengiva ed avevano un color grigio turchino. La scopertura era in alcuni luoghi larga ben un centimetro. Un limite fra l'osso sano ed il malato non erasi stabilita; ed il passaggio dall'uno all'altro era per lo più graduato: ma ad una certa profondità sporgevano qua e là zaffi verdi di mezzo al tessuto osseo sano. Non c'era alcuna neoformazione ossea. Fu fatta la diagnosi di un'affezione micotica. L'esame microscopico dimostrò nelle parti periferiche affatto morto il tessuto osseo e gli interstizi midollari ed i canali haversiani ripieni di *leptothrix buccalis*. Più profondamente c'erano gli elementi cellulari dei tessuto ed i vasi ben conservati; ma anche qui si trovavano delle grandi masse di *leptothrix*. Nella zona di passaggio dell'osso sano all'ammalato questi funghi diminuivano di numero, e il tessuto osseo si approssimava alla condizione normale. Circa l'ammissione che i funghi stessero in rapporto causale, coll'affezione ossea, l'Autore ci si crede autorizzato per il modo di diffusione dei micro-organismi, i quali eransi inoltrati fin nel tessuto osseo perfettamente vivente. L'ammalato fu temporariamente apparentemente guarito coll'ablazione delle parti ossee malate.

König (di Gottinga) ha osservato attentamente tutti i processi flogistici capitatigli ultimamente ai mascellari ed una volta sola ha trovato in un ascesso anche il leptothrix buccalis.

Czerny (di Heidelberga) fa osservare che la necrosi fosforica del mascellare superiore decorre talvolta anche senza neoformazione ossea e che egli pure ha trovato dei funghi nelle parti ossee necrotiche, non però con quella diffusione, descritte dall'Autore.

König dichiara che nel suo caso l'anamnesi avea dato risultati negativi circa ad un'affezione fosforica.

A. Genzmer (di Halla di Sassonia).

Urlichs. — Sui rapporti dell'elasticità delle arterie nella elevazione verticale.

L'Autore si propose di esaminare come si contenga il tubo arterioso nell'elevazione e nella privazione artificiale di sangue. Perciò dopo avere applicato lo sfigmografo di Marey alla radiale, venne dapprima raccolto il disegno d'una curva normale, e poi fu elevato l'arto verticalmente. Già dopo un minuto la linea ascendente era considerevolmente più corta, l'apice della curva aveva perduto il suo angolo acuto, l'elevazione dell'elasticità era oscura, l'elevazione del rimbalzo diminuita: dopo 4 minuti si era perduto del tutto l'apice della curva per finire in un angolo ottuso, l'elevazione dell'elasticità era quasi del tutto svanita l'elevazione del rimbalzo solo accennata; si aveva la figura di un polso tardo con incipiente anacrotismo, che dopo 5 minuti era divenuto completo, ed insieme era subentrato un gravissimo rilasciamento della parete arteriosa. Dopo dieci minuti il polso era divenuto di nuovo più grosso, l'asta ascendente dimostrava una più ripida ascensione, la linea di discesa prontamente declinava al suo principio, la elevazione sia dell'elasticità che del rimbalzo erasi spinta più in alto: e la curva conservò tale figura fino a che l'arto non venne abbassato. La cosa va intesa così. Dapprima la gravitazione del sangue agisce in senso inverso al suo impulso e perciò ne viene accresciuta la pressione laterale; e d'altronde col deflusso accelerato del sangue per le vene discendenti viene determinata una modificazione dalla tensione nel territorio dei capillari più vicini e perciò di nuovo secondariamente viene diminuita la tensione nell' arteria relativa. Se dopo cinque minuti di durata dell'elevazione dell'arto si mette uno tubo elastico intorno al braccio, e dopo altri 5 minuti lo si toglie, si vede subito che dopo levato il tubo l'onda del polso presenta una linea retta con piccole elevazioni a lunghi intervalli, le quali si fanno gradatamente più alte; ci è cioè dunque una piccola tensione arteriosa, l'elasticità non è ancora ritornata, ed anche dopo altri 5 minuti la forma della curva non è di molto modificata. Quest' osservazione fisiologica s' accorda coll' esperienza pratica, che l'emorragia dopo sciolto il tubo è minima quando l' arto si tiene ancora elevato, perchè manca quasi del tutto la quantità di sangue necessaria per il riempimento del tubo arterioso, specialmente se è facilitato il deflusso venoso: ciò dimostra anche che l' elevazione e l'applicazione d'un tubo elastico slegato (1) senza la benda basta a produrre uno stato completo di rilasciamento del tubo arterioso.

Pilz (di Berlino).

---

(1) Von abschnürenden Schlauch ohne Einwickelung. . . . Io ritengo che invece di *abschnürenden*, si debba leggere *Zuschnürenden*, che vuol dire *allacciato*, perchè non capisco che cosa possa produrre il tubo di Esmarch, senza la benda di Esmarch, quando non sia annodato od in qualunque altro modo non comprima l'arteria. (*Il Trad*).

KÖNIG (di Gottinga). — **Osteotomia d'ambe le tibie per ginocchio valgo.**

König crede che anche casi gravi di ginocchio valgo possono restare inoperati ed essere cioè assoggettati a cura ortopedica, qualora non ci sia alcun grave disordine funzionale. Questi disordini, che rendono il camminare sommamente molesto, si presentano quando oltre al ginocchio valgo ci è pure un piede piatto di alto grado; ed allora fa d'uopo di una correzione, mercè di operazioni, della deformità delle ginocchia. Ma König non fa allora l'escisione, colla sega, del condilo interno come Ogston (contro la di cui proposta fa egli gravi considerazioni), ma l'escisione di un cuneo della tibia al di sotto dell'articolazione. In tal modo procedette l'Autore nel paziente presentatosi affetto da doppio ginocchio valgo e da piedi piatti. In una sola seduta il 28 gennajo 1880 venne esciso da ambe le tibie un cuneo. Il decorso della malattia fu asettico, e dopo due mesi il paziente cominciò a camminare. Inoltre anche la deformità dei piedi migliorò assai. L'Autore non fa un taglio trasversale, ma ne fa uno longitudinale sull'orlo della tibia, sul cui mezzo tira un taglio corto perpendicolare, decorrente sulla superficie anteriore della tibia. I lembi triangolari così formati vengono voltati indietro e viene praticata l'escisione del cuneo, il quale comprende tutta la grossezza dell'osso. L'Autore non intacca la fibula e lascia invece all'apice del cuneo una controapertura per lo sgorgo degli umori.

Czerny divide pienamente le idee dell'Autore e riferisce due casi di divisione puramente lineare del femore.

V. Langenbeck s'unisce all'idee dell'Autore sull'operazione di Ogston, e ciò in base ai fatti comunicati da Thiersch nell'antecedente Congresso. Egli teme l'insorgenza dei fatti flogistici quando in seguito verrà di nuovo messa in movimento l'articolazione operata. V. Langenbeck ha sempre raggiunto, specialmente nei bambini, ottimi risultati coi metodi incruenti.

Gräfe discorre di un caso guarito in 2 mesi nella Clinica di Lipsia e che diede un risultato funzionale molto favorevole, cioè completa mobilità dell'articolazione e nessun accorciamento della gamba.

Sonnenburg narra di un caso della Clinica di Strasburgo, nel quale all'operazione di Ogston tenne dietro suppurazione dell'articolazione. Alla fine però si ebbe la guarigione, però con anchilosi dell'articolazione. In un secondo caso si ottenne una certa mobilità, ma molto limitata.

Schönborn ebbe pure ad osservare in seguito all'operazione di Ogston ad ambe le ginocchia una suppurazione dell'articolazione.

V. LESSER (di Lipsia).

Gluck (di Berlino). — **Saldatura di un pezzetto di nervo reciso con ristabilimento della corrente nervea.**

Da molti esperimenti fatti su animali si sa già che possono essere praticate delle operazioni plastiche con buon esito sui grossi tronchi nervosi. Si sono levate porzioni di due nervi, situati l'uno accanto all'altro, e queste si sono riunite a guisa di ponte una coll'altra: si sono tagliati di traverso completamente i due tronchi e poi si sono cuciti in croce (1). La Nevroplastica praticata dall'Autore è nuova.

Gluck escise dal nervo ischiatico di un cane un pezzettino lungo 2 centimetri ed escise un pezzetto alquanto più lungo dall' ischiatico di un coniglio e cucì col catgut, il pezzo di nervo tolto al coniglio nella lacuna del nervo del cane. All'11° giorno la ferita dell'operazione, che era guarita per prima intenzione, venne aperta di nuovo, e si trovò completamente saldato il pezzo di nervo innestatovi. Pizzicato l'ischiatico al di sopra della parte notata si videro tosto palpitare i muscoli da questo nervo innervati: dunque la corrente nervosa erasi ristabilita attraverso al pezzo di nervo straniero. Egualmente operò l'Autore con buon successo in una numerosa serie di animali, e trovò che era indifferente il cambiare le specie di animali, che si somministrano uno all'altro i pezzetti di nervo. Il ristabilimento della corrente nervea si ottenne anche quando i pezzi di nervo innestati erano messi in posizione opposta alla loro propria naturale, cioè quando il capo originariamente centrale era stato reso periferico.

Condizione necessaria perchè riesca l'esperimento è che si ottenga la guarigione per prima intenzione, ed allora la sostanza neoformatasi di mezzo non raggiunge che qualche frazione di millimetri. Se invece si ha suppurazione, allora i capi del nervo proprio dell'animale si tumefazione ed il pezzo di nervo innestatò si necrotizza. Avvenendo la rigenerazione, Gluck ci vede un' ipertrofia da deficiente uso, un' ipertrofia da inazione nel senso di Conheim.

Gluck presentò poi un buon numero di preparati, di nervi operati come sopra è detto, e di cui parte era guarita per prima intenzione e parte per suppurazione.

Per verificare se la corrente nervosa si è di già stabilita non si ha che da pizzicare con una pinzetta il tronco nervoso al disopra del pezzo innestato: se l'esperimento è riuscito, tutti i muscoli innervati da quel nervo palpitano. Spesso avviene che lo stimolo elettrico non viene ancora risentito quando invece all' irritazione meccanica già seguono le contrazioni. Gluck spiega ciò coll'ammettere che non tutte le fibre ner-

---

(1) Non comprendendo bene tale operazione se non nel senso espresso da queste due linee ⨉ trascrivo la proposizione originale tedesca: « Man « hat von 2 neben einander liegenden Nerven Theile abgespalten, und diese « brückenförmig mit einander vereinigt, man hat die ganzen Stämme quer- « durchtrennt und dann übers Kreuz zusammengenäht. » (*Il Trad.*).

vose si rimarginano contemporaneamente (e ciò si può confermare anche col microscopio), e ammettendo pure che coll' eccitazione elettrica viene eccitato solo un limitato numero di fibre, mentre la pinzetta pizzicando agisce su tutto lo spessore del nervo. Già 80 ore dopo l'operazione compaiono le prime traccie del ristabilimento della corrente: per altro la sua completa restituzione *in integrum* non succede che molto più tardi.

Gluck presenta in fine alcuni cani, che egli 26 giorni prima avea operato nel modo suesposto; essi zoppicano ancora e camminano penosamente; ma Gluck spera che si verificherà ancora il ristabilimento della funzione normale. GENZMER (di Halla di Sassonia).

ROSER (di Marburgo). — **Presentazione di istrumenti e di preparati.**

Uno strumento per la dilatazione della stenosi laringea nei ragazzi, consistente in una siringa incurvata ad arco, munita alle due estremità di palle, tenuteci a vite. Sul suo mezzo si trova un'oliva che serve per la dilatazione. La siringa viene spinta insù dalla ferita tracheale verso la laringe, fino a che se ne presenta un capo al di sotto della lingua. A motivo della sottigliezza della siringa non viene disturbato il passaggio dell'aria attraverso la ferita tracheale. In taluni casi giova rendere scabra la superficie convessa della siringa, per potere così distaccare le escrescenze polipose nella laringe. In altri casi l'Autore impiega uno strumento formato sul modello della siringa di Bellocq.

Burow saluta l'istromento di Roser, come una felice novità, perchè tutti gli istromenti da altri finora impiegati lo hanno poco soddisfatto. Anch'esso preferisce praticare la dilatazione dalla parte della ferita tracheale, che non dalla bocca; come p. es. nelle stenosi cicatriziali e rigide che tengono dietro al tifo.

2° Un anello, fatto con una asticella piegata, simile ad uno stuzzicaorecchi, per estrarre i corpi stranieri attraverso la ferita tracheale dal bronco destro. Con esso si possono facilmente estrarre specialmente i corpi rigonfiatisi nei bronchi, i quali invece facilmente sdrucciolano quando si vogliono prenbere con una tenaglia.

3° Uno strumento simile a quello notato al num. 2 col quale l'Autore ha estratto dal bronco destro una gamba di un giuocatolo di porcellana lunga circa 5 centimetri.

4° Per l'estrazione dei frammenti di calcolo della vescica dopo la litotrizia trova l'Autore che alla palla di gomma dell'apparato aspirante di Bigelow si supplisce meglio con una siringa aspirante che deve essere usata alternando l'aspirazione coll'iniezione di deboli soluzioni feniche che servono a lavare le parti.

Chwat raccomanda caldissimamente il suo semplice apparecchio d'estrazione, che risponde benissimo allo scopo di estrarre i frammenti di calcolo, ma in un modo più semplice.

Esmarck e Schönborn si dichiarano pienamente soddisfatti del meccanismo di Bigelow, specialmente perchè, senza disfare l'apparecchio, dopo ogni compressione della palla di gomma si vedono cadere nel serbatoio di vetro i frammenti espulsi. V. Lesser (di Lipsia).

V. Lesser (di Lipsia). **Sulla teoria della scoliosi.**

L'Autore discute la questione se nella scoliosi dell'età infantile sia da ritenersi per causa primaria della deviazione della colonna vertebrale un originario cambiamento di forma delle costole. Egli prescelse perciò anzitutto la via sperimentale, tagliando nei giovani animali il nervo frenico da una parte; in seguito a che insorgeva, da quella parte paralisi diaframmatica ed una attività respiratoria costale chiaramente osservabile, in conseguenza della quale risultava una più rapida transizione della forma del torace del lato paralizzato dalla condizione infantile in quella di un adulto, perchè sulla metà paralizzata la forma toracica infantile persisteva più a lungo. Nelle prime settimane lo sterno compreso il processo ensiforme viene anzitutto di molto spostato verso il lato sano. Coll'ulteriore crescita degli animali invece tale spostamento appariva sempre meno, ed in sua vece si presentava la sporgenza dell'angolo posteriore delle coste sul lato sano con corrispondente innalzamento della spalla e la relativa piega delle vertebre. Nelle vertebre si trovano pure i primi principi dei cambiamenti di forma, caratteristici delle vertebre scoliotiche. (L'Autore presenta le vertebre e lo scheletro di alcuni di tali animali). L'Autore continua ancora questi esperimenti, e crede con essi di avere essenzialmente appoggiata la teoria dello sviluppo della scoliosi.

Roser (di Marburgo) trova dimostrato con tali esperimenti, solo il fatto già conosciuto, che ci sono scoliosi secondarie — idea questa a cui s'associa Busch (di Berlino). Roser crede che la teoria di Hüter non sia accettata da nessun chirurgo.

Alla obbiezione di Busch che la paralisi unilaterale del diaframma pare non possa ritenersi una causa primaria di scoliosi, replica l'Autore che il taglio del frenico gli fornì solo il mezzo di modificare da un lato il tipo respiratorio e con esso l'accrescimento delle coste.

Sonnenburg (di Strasburgo).

Credè (di Dresda). — **Presentazione di un caso di stiramento e di taglio della terza branca del trigemino alla base del cranio col metodo di Lücke modificato.**

L'Autore presenta una giovane di 28 anni, alla quale il 16 gennajo 1880 per una nevralgia sussistente da 9 anni egli avea stirato e poi tagliato la terza branca del V° al luogo d'uscita della cavità cranica. Per giungere alla base del cranio, egli distaccò un lembo, di parti molli e d'osso dall'osso zigomatico, e lo rivolse in basso, e non all'insù, come Lücke. Ciò fatto non è difficile a trovare la via che conduce al forame ovale

e l'operazione è allora ben praticabile. Collo stiramento del nervo il polso del paziente si sospese per un momento, ma però non insorse alcun ulteriore fenomeno minaccioso. La ferita guarì per prima intenzione e l'ammalato conservasi ancora guarito.

La discussione che tenne dietro a questo relazione, alla quale presero parte Hohn, V. Langenbeck, Langenbuch, Esmarch, Küster, Trendelenburg, Schede e Vogt, s'avvolse specialmente sulla virtù terapeutica delle stiramento dei nervi. E mentre alcuni (Esmarch) ne hanno veduto sempre buoni risultati (una volta anche in un tabico), altri (Küster, Trendelenburg) non ne poterono notare alcun effetto o soltanto ne ebbero uno passaggiero. Schede dichiara che più volte ha praticato lo stiramento dei nervi nel tetano, ma non ne ha mai visto alcun risultate favorevole: anche Hahn e Sonnenburg da tale indicazione non hanno visto mai alcun effetto. Vogt osserva che lo stiramento deve essere repentino e possibilmente verso il centro: la mancanza di risultato avuta si spiega per la trascuranza di tali regole.

V. Kraske (di Halla di Sassonia).

Bidder (di Manheim). — **Presentazione di una macchina pel ginocchio.**

L'Autore fa vedere un apparecchio a stecche da lui costrutto, per la cura delle contratture del ginocchio, che si differenzia da quelli finora perciò usati, in ciò che 1° l'asse dell'articolazione della macchina cade non al di dietro ma al davanti dell'asse del ginocchio e 2° l'apparecchio può essere applicato e può agire senzachè venga allacciato in nessun luogo l' arto circolarmente. Il raddrizzamento graduale ha luogo per mezzo di viti. P. Kraske (di Halla di Sassonia).

Neuber (di Kiel). — **Dimostrazione di un apparecchio a guanciali antisettico.**

Coll'andar del tempo l'Autore è venuto nella convinzione che la prima medicatura è di una capitale importanza nella cura delle ferite Disgraziatamente si acquista solo adagio adagio la destrezza di ben applicarla. Per semplificarle l'Autore impiega l'apparecchio a guanciali. Pel quale vengono adoperati 2 guanciali, una fascia di garza carbolizzata, alcune fascie di garza ed una fascia elastica. I guanciali sono riempiuti di juta carbolizzata e coperti di garza carbolica: uno è piccolo ed è di centimetri quadrati otto, l'altro più grande è di 40-60 centimetri quadrati (1). Cucita la ferita e provvista di tubi da fognatura, decalcinati, si mette sopra la medesima il piccolo guanciale, che viene assicurato per mezzo di fascie di garza carbolizzata, sopra si mette della carta imbevuta d'olio, che fa l'effetto di una stoffa chiusa ed im-

(1) Ecco la frase tedesca: das kleinere ist 8, das grössere 40-60 qcm gross. (*Il Trad.*)

permeabile, e sopra ad essa si mette l'altro guanciale, che vi si assicura con fascie di garza. Secondo il bisogno si fanno delle incisioni nei giri nelle fascie: e con ciò l'apparecchio si adatta bene dapertutto senza far pieghe: esternamente poi si applica una fascia elastica di kautschut che comprende tutto l'apparecchio. Fino dal 10 ottobre 1879 questo apparecchio è usato come tipo nella clinica di Kiel con ottimi risultati. Di 24 estirpazioni di tumori (fra cui 3 ovariotomie) 19 guarirono con una sola medicazione: di 17 amputazioni 12. In complesso di 83 grandi operazioni guarirono 60 con una sola medicatura, 13 con 3; 10 volte si dovette presto rimuovere l'apparecchio perchè ne trapelavano le secrezioni della ferita, 7 volte perchè erasi avuta elevazione della temperatura. Dopo tutte queste 83 operazioni non si ebbe mai alcuna malattia accidentale propria delle ferite. Quest' apparecchio di durata (Dauerverband) non è da impiegarsi nei tumori già aperti e di icorosi. Ogni medicazione costa 2 marchi (lire ital. 2.50).

In riguardo ai tubi da fognatura scalcinati Petersen menziona che egli in 2 casi ultimamente operati ha osservato degli ascessi, che egli non può altrimenti spiegare che ammettendo che siann stati prodotti da residui del tubo da fognatura impiegati. PILZ (di Stettino).

ROSENBERGER (di Würzburg). — **Metamorfosi di pezzi di tessuto del tutto recisi, freschi e morti introdotti colle cautele antisettiche nel cavo peritoneale d'altro animale.** (1).

La questione del modo con cui pezzi di tessuto recisi si rendono innocui nel corpo in cui restano, od anche ci si saldano, ha un'importanza pratica, perchè in molte operazioni devono essere abbandonate nel corpo dei tessuti slacciati, non più vitali secondo le nostre cognizioni. Per rispondervi sperimentalmente, l'Autore introdusse colle cautele antisettiche dei pezzi di muscolo di 1-5 centimetri ed un pezzo di pelle lungo 6 centimetri e largo 3 nel cavo ventrale di conigli, come pure intieri reni di coniglio e voluminose porzioni di muscoli (fino di 30 centim.), nel cavo ventrale di cani.

Di 40 animali sottoposti a tali esperimenti 7 soli morirono di peritonite: gli altri subirono la violenza loro inferta senza considerevole reazione.

Tali animali vennero uccisi 3-4 settimane dopo l'operazione; ed il risultato dell'esame fu il seguente:

---

(1) Ecco l'intestazione originale di questa relazione: Ueber das Einheilen unter antiseptischen Cautelen und über das Schicksal vollständig abgetrennter frischer und todter Gewebstücke, che letteralmente tradotto sarebbe. Della guarigione etc.. e della sorte etc.; ma io ho preferito la intestazione messa perchè non trovava la parola corrispondente veramente alla tedesca — Einheilen, che vorrebbe dire: — saldarsi, ecc., quantunque quando appena il senso si capisca, io preferisco la traduzione letterale, per quanto riesca barbara. (*Il Trad.*)

Dopo un certo tempo i pezzi introdotti sonosi dissipati senza lasciar traccie; ed il modo di riassorbimento può essere differente.

1° Si forma abbastanza presto una spessa capsula di tessuto connettivo intorno al corpo straniero che gli aderisce. Vi immigrano delle cellule e l'intiero corpo straniero si riduce ad un detritus liquido, nel quale galleggiano i residui del tessuto introdotto. Sul limite fra la capsula ed il corpo straniero si trovano talora delle cellule giganti.

2° La capsula di connettivo si forma solo lentamente e limitatamente; nel corpo straniero penetrano dei vasi: ed esso vive così più a lungo cioè viene nutrito e conserva quasi completamente la sua struttura: però il suo volume diminuisce spesso di molto. Questo modo di guarigione non si verifica nei tessuti morti.

3° Una terza forma di guarigione trova l'Autore in una transizione fra la prima e la seconda nella quale ha luogo la conservazione delle parti periferiche e la dissoluzione delle centrali.

Il modo poi di guarigione nei singoli casi pare subordinata tanto alla grossezza del pezzo introdotto come alla parte in cui ebbe luogo l'introduzione del tessuto straniero (1), così p. es. il grande omento è favorevolissimo al 2° modo di guarigione indicata.

Per vedere se i cocchi ed i batterii che di solito si trovano nei focolai di riassorbimento, fossero stati introdotti dall'esterno o vi fossero immigrati dal corpo dell'animale, l'Autore pose dapprima per 2 ore in una soluzione calda di acido fenico al 5 0|0 dei pezzetti recenti di muscoli e poi li introdusse nel cavo ventrale. Siccome in tali casi si produsse sempre tosto rammollimento con vivo sviluppo di bacteri, crede che questi ci sieno immigrati dal corpo. Da queste sue osservazioni l'Autore trae la conseguenza che nei peduncoli slacciati (2) e sommersi (nelle ovariotomie), l'impiego dei tubi da fognatura debba essere non solo non giovevole, ma anzi nocivo.

A. Genzmer (di Halla di Sassonia).

Czerny (di Heidelberga). — **Dell' estirpazione dei tumori retroperitoneali.**

In base ad una sua eccellente statistica, riguardo alla quale viene rimandato il lettore più innanzi, Czerny crede che alla estirpazione dei tumori retro-peritoneale dal cavo ventrale colla medicatura antisettica debba accordarsi un posto conveniente nella serie dei processi chirurgici. L'estrazione dei tumori dovrebbe praticarsi per mezzo dell'enucleazione sottoperitoneale; dovrebbesi cioè, per rendere libero il tumore, spaccare il foglietto laterale al colon ascendente, e discendente, analogamente a quanto ha già raccomandato Kocher.

P. Kraske (di Halla di Sassonia).

---

(1) Traduco *introduzione* quantunque sia scritto: der Oertlickeit der *Einbettung*: io credo si debba leggere *Einbettlung*. *(Il Trad.)*

(2) Abgeschnürten Stielen.

Bornhaupt (di Pietroburgo). — **Del meccanismo delle fratture per arme da fuoco delle ossa lunghe maggiori, con dimostrazioni.**

Dietro il copioso studio del dott. Reyher, fatto durante l'ultima guerra Russo-Turca, sulle fratture da colpo d'arme da fuoco delle grosse ossa lunghe, l'Autore tentò di spiegare in via sperimentale il meccanismo di tali lesioni, come pare di misurare la sodezza di reazione e di pieghevolezza delle ossa umane.

Secondo la sua esperienza, che si appoggia sulle prove di circa 600 preparati di tali lesioni, anche un'arma da fuoco che colpisce l'osso ad angolo retto, sia alla diafisi che alle epifisi, non vi produce un foro netto; ma vi si trovano sempre insieme delle fessure più o meno numerose. Quanto finora si riteneva, che cioè tali fessure siano una conseguenza della scossa portata alle ossa, la quale starebbe in rapporto inverso e proporzionale col peso della palla, l' Autore nega recisamente. Poichè la fisica stabilisce che le screpolature per commozione avvengono solo là dove ha agito a lungo una violenza non superiore al coefficiente di elasticità dell' oggetto colpito. Ma la palla agisce solo momentaneamente e la sua violenza, nei casi in cui vi è anche frattura, supera non solo il coefficiente dell'elasticità, ma anche quello della pieghevolezza delle ossa. Perciò le crepature per commozione dovrebbero solo presentarsi molto distanti dalla parte colpita. Invece per l'azione dei moderni projettili conici risultano fessure che partono dal luogo della frattura. Contro la giustezza della ipotesi della commozione parla anche il fatto, che le fessure per solito mancano quando sono soltanto di poco intaccate le epifisi. Se anche tale ipotesi fosse giusta, essa dovrebbe essere invertita in quei casi, in cui per la minore forza del projettile si avessero una scossa più grave e delle considerevoli scheggie. Del resto l'epifisi del femore si fende perpendicolarmente e quella del braccio in direzione trasversale od obliqua, corrispondentemente all' edificio architettonico di quelle parti ossee. Nel 1.° caso di regola la fessura non discende al di là della cartilagine.

Per la spiegazione delle particolarità delle fratture per colpo d'arme a fuoco alla diafisi, l'Autore considera la forma dell'osso, sia come asta che viene rotta, sia come anello che viene compresso. Alcuni preparati dimostrano che ambedue i meccanismi possono venire isolati. Rozze palle d'archibugio con projettili grossi e larghi, rompendo l'asta, hanno per conseguenza la frattura trasversale, come gli ordinarii traumi. L'altro meccanismo, secondo cui un osso fresco compresso trasversalmente viene per lo più a screpolarsi longitudinalmente in 4 siti, si verifica ordinariamente nel luogo di passaggio dalla diafisi all' epifisi. Per lo più anzi si combinano tutti due i momenti e comunemente cagionano la frattura tipica della diafisi. La diafisi resta cioè scomposta in due pezzi obliqui, che formano un angolo aperto verso il luogo d' uscita del projettile e fra essi si trovano due scheggie triangolari, che si toccano alla

loro larga base di fronte al luogo d'entrata del projettile e formano la così detta fessura posteriore longitudinale. Una tale frattura potrebbe anche essere chiamata frattura longitudinale a spira, perchè le fessure incrociantisi al luogo colpito decorrono a spira. Perchè succeda tale frattura non è necessario che la palla perfori una parete dell'osso. Siccome l'Autore ha potuto produrre tali fessure longitudinali posteriori in cilindri di vetro cavi o di legno col farvi penetrare in una sola parete un'animella a pressione con terminazione cilindro-conica, così ne segue che la pressione idraulica laterale del midollo compresso sia senza importanza per la produzione della fessura longitudinale posteriore. Perciò il projettile, al momento della frattura, può anche produrre la fessura posteriore, che resta aperta senza lasciare una speciale apertura d'uscita. Quantunque la fessura longitudinale posteriore si estenda di solito a più che metà della lunghezza dell' osso esso può tuttavia guarire ancora, però in via eccezionale.

Se il projettile alla diafisi forma una speciale apertura d'uscita, allora si verificano delle scheggie molto complicate (fin 60 scheggie). I frammenti sono allora tagliati doppiamente in isghembo, le fessure laterali sono tanto più fortemente incurvate, quanto più esse sono vicine ai punti di passaggio delle palle; e siccome esse rivolgono la loro convessità verso i punti d'entrata e d'uscita del projettile, così le scheggie laterali hanno la forma piramidale. Di tali fratture l' Autore ha veduto una consolidarsi ancora. Anche per tale forma di frattura si ottengono gli esemplari sul cilindro di vetro colle convenienti modificazioni dell'esperimento.

Queste circostanze si cambiano però di molto, quando projettili deboli colpiscono parti ossee di minore solidità e di maggiore rigidità. Le superficie a volta in tali circostanze vengono spianate. Similmente come in conseguenza d'un colpo contro un vetro di finestra od una palla di vetro, si produce una figura stellata di fessure ad anelli concentrici, formansi così le fessure d'entrata ai capi articolari e nelle località delle grosse ossa lunghe che hanno una superficie che si approssima alla prima. Nelle ossa squisitamente cilindriche invece i guasti si assomigliano a quelli che si hanno in un cilindro di vetro, contro cui si tiri un'archibugiata, e le screpolature si presentano dove la superficie secondo la loro configurazione oppone alla pressione della palla la minor resistenza. Affatto analogamente si comportano le fessure di sortita, come molto bene dimostrano i così detti fori *dei projettili delle* epifisi.

Però la forma della frattura per colpo d'arma a fuoco non dipende punto solo dalla forma delle ossa, come nei corrispondenti oggetti di vetro; molto anche ci influisce la struttura dell' osso. Che poi l'uno o l'altro di tali momenti primeggi, ciò pare dipenda essenzialmente dal modo, col quale agisce il corpo: e si comprende bene che influiscono pure l'età e le condizioni individuali.

L' Autore infine dice alcune parole di spiegazione delle fratture fal-

samente chiamate spirali. Il modo con cui esse si presentano al femore ed all'omero e si estendono a quasi tutta la diafisi, può artificialmente essere riprodotto infiggendo uno scalpello in sul mezzo della diafisi di tali ossa in direzione longitudinale, oppure, il che avviene più di rado, comprimendone la diafisi in direzione trasversale. Pare che tale facoltà delle ossa di fendersi spiralmente stia in connessione colla torsione, che prova tutto l'osso nel suo sviluppo embrionale. Tale disposizione alla torsione risalta ancor di più nella 2.ª maniera di fratture spirali, nella quale la linea spirale può per ben due volte aggirarsi intorno all'osso, e dove una linea obbliqua o perpendicolare congiunge la spira. Queste fratture spirali vengono osservate nelle grosse ossa lunghe, quando il projettile ha prima colpito i condili, i trocanteri, e qualunque sporgenza ossea. Allorchè, suppongasi, queste apofisi, riguardate come allargamenti trasversali delle ossa, oppongono per la loro speciale elasticità, una maggiore resistenza alla penetrazione del projettile, in conseguenza dell'urto tutto l'osso viene ruotato, ed ecco prodotta una frattura spirale. Anche tale effetto si può sperimentalmente produrre. Ma nel fatto il meccanismo della rottura delle ossa è ancora molto più complicato, che non siasi fin qui detto, poichè per la scossa i projettili, specialmente le palle cave di Snyder, danno luogo egualmente a scheggie e le particelle di piombo lanciate producono anch'esse delle fessure e delle screpolature indipendenti; e poi i momenti meccanici secondarii, come il peso del corpo od una caduta del ferito condeterminano la forma e l'estensione della frattura. Per tutte queste modificazioni l'Autore presenta i preparati dimostrativi.

Le circostanze finora esposte sono di tanto valore sulla terapia che secondo l'Autore esse invitano a porre il principio di astenersi da ogni sbrigliamento per l'estrazione delle scheggie e dei projettili, e di cercare dopo una sola disinfezione delle superficie, di ottenere una cicatrizzazione sotto la crosta. Specialmente le esperienze di Reyher nell'ultima guerra Russo-Turca parlano altamente per una tale cura conservativa. L'aria è più nociva che qualunque corpo straniero, molto più nelle località sovracariche d'ammalati.

Dopochè V. Langenbeck si fu pronunciato per lo sbrigliamento nelle fratture comminutive delle epifisi, l'Autore dichiara che egli preferirebbe all'amputazione la cura conservativa nel caso che i projettili fossero restati negli arti e che pure i fori prodotti dai projettili fossero complicati da estesa scheggiatura.

Schmidt osservò in 40 fratture per colpi d'arme a fuoco un decorso asettico, quantunque si fosse solamente accontentato della disinfezione della superficie; anche nell'estesa scheggiatura si può fare assegnamento su un decorso favorevole.

V. Langenbeck vorrebbe sostenere il suo processo essenzialmente in riguardo delle lesioni gravi delle parti molli, che possono avere per conseguenza tumefazione e gangrena.

Esmarch fa notare la straordinaria difficoltà di una sottile diagnosi delle fratture a scheggie e sconsiglia perciò ogni spaccatura e sondaggio della ferita. Già dapprincipio si metta in opera la medicazione per occlusione diretta antisettica. KOLAZEK (di Breslavia).

V. LANGENBECK. — **Un caso di sutura di un nervo.**

Questo caso fu scritto sulla *Berl. klin. Wochenschr.*, ma V. Langenbech vi ritorna sopra perchè sussiste sempre ancora il dubbio se dopo la sutura dei nervi (vedi sopra a p. 38) venga ristabilita anche la corrente centrifuga (l'innervazione muscolare).

Il 15 settembre 1879 il paziente restò sepolto sotto una fabbrica, e ne ebbe fratturata la colonna vertebrale e ammaccato il braccio destro. In ottobre il paziente potè abbandonare il letto, avendo però ancora una leggiera paresi della gamba sinistra e allora solo s'accorse di avere una completa paralisi del nervo radiale al braccio destro, nel quale la lesione avea portato una profonda gangrena. Il 25 novembre, 11 settimane dopo riportata la lesione, V. Langenbeck praticò la sutura del nervo. I capi del nervo mercè l'applicazione dell'apparecchio di Esmarch si poterono facilmente trovare e distavano circa 2 centim. l'uno dall'altro (la parte mancante era andata perduta per la gangrena) e presentavano la tumefazione a clava. Da ambedue fu esciso un pezzettino, poi si riunirono le due porzioni del nervo col catgut; e si mise l'arto in forzata estensione. I pezzetti di nervo recisi non contenevano punto di sostanza nervosa e risultavano solo di tessuto connettivo. Al 5.° giorno la ferita dell'operazione era cicatrizzata e l'arto fu disposto su una stecca.

Il 14.° giorno il paziente potè eseguire dei movimenti limitati di estensione; al 19.° i muscoli reagivano chiaramente allo stimolo elettrico del nervo cubitale. Ora l'innervazione della mano e dell'avambraccio è pienamente normale; il paziente può regolarmente esercitare il suo mestiere di muratore.

Il ristabilimento della corrente nervea nel caso mentovato andò continuamente crescendo senzachè fosse insorta alcuna altalena nella funzionalità, come venne osservato in altri casi.

Esmarch fa osservare che non è necessario escidere, prima della sutura del nervo, le tumefazioni a clava delle terminazioni nervose; egli ha osservato che esse tornavano a formarsi dopo la riunione del nervo. Volendo escidere tali porzioni claviformi, la riunione dei nervi andrebbe incontro ad invincibili difficoltà.

V. Langenbeck ha egli pure in un caso di sutura del nervo ischiatico cruentato solo l'apice delle dette terminazioni a clava.

A. GENZMER (di Halla di Sassonia).

SONNENBURG (di Strasburgo). — **Dimostrazione di un Cisto-Sarcoma del cervello.**

Una ragazza di 13 anni, all'età di un anno, subì, almeno così suppo-

nesi, un'infiammazione cerebrale: la sua testa le crebbe un po' più della norma, specialmente a sinistra; dal 3.°-4.° anno, insorsero dei crampi epilettiformi; lo sviluppo della mente era normale. All'Autore si presentò questa ragazza, che avea la testa rigonfiata con delle lacune sul cranio, pelle quali si aveva l'impressione di pulsazione e di fluttuazione. La diagnosi di carcinoma con focolaj di rammollimento cistico non si poteva giustamente sostenere. Siccome gli accessi epilettiformi aumentavano, venne fatta una puntura e ne uscì un liquido chiaro, lucente, che osservato col microscopio dava a divedere la composizione della linfa e perciò non presentava nessun punto d'appoggio per ammettere l'idrocefalo o l'echinococco. Gli spazii epidurali (1) descritti ultimamente da altri l'Autore non potè rinvenirli. Siccome lo stato dell'infermo non migliorava, fu passato attraverso ad una cisti un filo metallico di drenaggio, e più tardi ne fu praticata la spaccatura: non si potè ben mantenere la medicazione; ne seguirono sintomi di compressione e di infiammazione cerebrale e la paziente morì in 6.ª settimana. Autopsia: tecacranica sottile; fra le lacune si vedono dei tramezzi ossei sottilissimi, perforati nel mezzo. L'intiero lobo frontale sinistro è tramutato in una cisti, che giunge fin contro al ventricolo laterale; le circonvoluzioni cerebrali sono straordinariamente appiattite. L'esame microscopico diede la diagnosi che forma l'intestazione. Interpellato l'Autore sull'azione della puntura sugli accessi epilettiformi, replicò che questi cessarono dopo la stessa. PILZ (di Stettino).

BRYK (di Cracovia). — **Tumore del mascellare inferiore; Igroma della regione glutea; Mammella pietrificata.**

L'Autore dimostra:

1.° Un tumore del volume della testa di un bambino, della mascella inferiore di un uomo che 25 anni prima, ancora ragazzo, avea avuto fratturato il mascellare inferiore da un calcio di cavallo. Il tumore risulta di cisti comunicanti, numerose, piccole, grosse al massimo come una noce, con tramezzi parte ossei e parti molli. La loro superficie interna è tappezzata di epitelio pavimentoso; il loro contenuto è una poltiglia ateromatosa con colesterina e sangue. L'Autore ritiene il tumore per un cistoma proliferante, proveniente dagli elementi germinali dello smalto dei denti e prodotto dal trauma ricordato;

2.° Un convoluto di igromi della regione glutea, che prima dell'operazione era stato preso per un tumore solido;

3.° Una mammella pietrificata in una donna maritata, di 62 anni. Si trovavano calcificazioni nel tessuto interstiziale.

RINNE (di Berlino).

---

(1) *Epiduralenräume*; spazii od interstizii posti fra la dura madre ed il cranio. (*Il Trad.*)

Langenbuck. — **Tumore del cavo dell'occhio; Concrezioni del ventricolo e dell'intestino tenue; Corpo articolare; Gastrotomia per stenosi esofagea; Duodenotomia.**

1.° Un tumore dell'orbita di una ragazza, in cui l'acutezza visuale era diminuita della metà nell'occhio relativo. Il tumore stava attaccato con uno stretto peduncolo alla parete dell'orbita, e fu facilmente esportato col bistorì. Guarigione asettica. Ritorno dell'acutezza della vista normale;

2.° Un giovane soffriva di spesso fenomeni di ileo, che restavano nelle prime ricorrenze alleviati da clisteri d'acqua, ma che poi non ne ritraevano alcun vantaggio; e perciò vennegli praticata la laparotomia. Aperto il digiuno, 3 pollici circa al disotto del ventricolo, ne venne estratta una concrezione, lunga 10 centim. e dello spessore di 4, simile ad un calcolo vescicale. Si ebbe dopo evacuazione fecale, ma il vomito non cessò. Il paziente morì. All'autopsia si trovò incarcerata nella parte pilorica dello stomaco una concrezione analoga alla precedente, ma ancora più grossa. L'esame delle concrezioni dimostra inverosimile che si trattasse di calcoli biliari. Fra gli interstizii della concrezione si trovarono delle masse mucose e dei granuli amilacei. La concrezione brucia alla lampada come se fosse adipe, con fiamma fuligginosa. L'odore sviluppato dalla combustione è in principio aromatico (dislisina). La cenere residua è minima. L'Autore non vuole più a lungo esternarsi sulla natura delle concrezioni. (Queste mostrano la miglior somiglianza coi così frequenti calcoli stomacali dei cavalli e dei bovini, i quali poi ponno diventare calcoli intestinali. La mancanza di peli nelle dette concrezioni è, contrariamente a quello che si verifica nei calcoli dello stomaco dei detti animali, ben spiegabile. Il referente).

Esmarch dopo l'uso frequente e copioso del carbonato di magnesia ha veduto venire emesse dall'ano delle grosse concrezioni intestinali. (Questo s'accorda benissimo col metodo seguito, di frammettere fra le singole serie di nutrizione una certa quantità di calce, perchè così nelle intestina gli zaffi di calce vengono disgiunti dalle altre speciali qualità di cibo. (Il Relatore).

3.° Due corpi articolari tolti dal ginocchio di un impiegato di ferrovia, nel quale era stato più volte punta una cisti che si trovava nella regione del muscolo semimembranoso, ma che si era sempre ancor di nuovo riempiuta. Guarigione perfetta.

4.° Un preparato di un caso di gastrotomia per stenosi esofagea. I punti di sutura che fissavano lo stomaco alla parete ventrale, nello stomaco non attraversavano che la muscolare e la sierosa. Il fanciullo visse 8 mesi e morì per polmonite.

5.° Duodenotomia per chiusura carcinomatosa del piloro. La sutura e l'apertura del duodeno venne praticata in una 2.ª seduta. Morte. La parte orizzontale superiore del duodeno era abbastanza alta perchè apparisse il fondo dello stomaco, stirato in basso. Lo stomaco si vedeva anche più facilmente perchè il fegato era piccolo.

(V. Lesser (di Lipsia).

Czerny (di Eidelberga). — **Calcolo renale; Aneurisma artero-venoso; Aneurisma artero-popliteo; Apparecchio pel piede equino; Catetere caustico uretrale.**

Czerny dimostra il calcole renale di cui è parola nel suo rapporto sull'estirpazione di tumori retro-peritoneali.

Un aneurisma arterioso-venoso si sviluppa in un uomo di 30 anni, dopo una puntura, fatta con un temperino, che avea colpito l'arteria temporale al davanti dell'orecchio destro. Il paziente si presentò per essere curato dopochè l'aneurisma già esisteva da 5 anni ed avea assunto una considerevole grossezza (giungeva fino alla sutura parietale). Colla compressione dell'arteria temporale al luogo della puntura, la pulsazione cessava affatto. Czerny scoperse il tumore estirpò il sacco aneurismatico, che era del volume di un uovo di gallina, ne rintraccio il luogo di comunicazione coll'arteria, legò questa sia perifericamente che centralmente e la recise. Guarigione.

Dimostrazione dell'aneurisma estirpato, fotografie dell'infermo prima e dopo la guarigione.

Un aneurisma vero dell'arteria poplitea insorse in un uomo di 40 anni, che soffriva di stenosi ed insufficienza aortica, in seguito ad un salto. Il paziente, che era un medico, lasciò in disparte ogni altra cura e volle la legatura dell'arteria femorale. Questa venne eseguita col catgut alla metà del femore. Un anno e mezzo dopo l'operazione e dopochè la guarigione era stata ottenuta, il paziente morì in conseguenza del vizio cardiaco con fatti d'idropisia. All'autopsia si trovò l'aneurisma completamente sparito. Non è ancora stato fatto l'attento esame della località legata all'arteria femorale. Dimostrazione di un disegno rappresentante i rapporti del vaso *dopo la guarigione*.

Per facilitare la cura del piede equino nei primi mesi di vita e per ottenere tale cura a mezzo della madre del paziente, Czerny impiega un piccolo apparato costrutto alla guisa dello stivale di Scarpa, il quale consiste di una piastra di ferro, rivestita di cuojo e che nell'esterno ha una stecca; il piede ci viene assicurato con bende.

Come catetere caustico impiega Czerny una siringa di stagno graduata, che ad un certo punto della sua convessità ha una nicchia, che serve per ricevere la pasta caustica. Mercè di una misura annessa alla sonda si può portare a contatto il luogo preciso che si desidera della parete uretrale colla pasta caustica.

Discussione: Brandis (d'Aquisgrana) raccomanda per la cura del piede equino un cerotto adesivo, di cui egli si loda. Il fabbricante dello stesso. ne spedirà presto delle piccole quantità per prova ai chirurghi.

Esmarch (di Kiel) impiega nei primi mesi di vita dei bambini affetti da piede equino la stecca di Little.

Hagedorn (di Magdeburgo) presenta un apparecchio, da lui spesso usato il quale serve a correggere benissimo la rotazione dell'arto inferiore, all'indentro che c'è evidentissima negli affetti da piede equino. I piedi equini ingessati nel solito modo vengono con due correggie assicurati su una forte piastra con orlo diritto ed alto al tallone ed al lato interno. Sotto tale piastra è convenientemente applicato secondo l'asse longitudinale del piede un incastro, sul quale si muove in su e in giù un'asta di ferro discretamente liscia. Le aste di ferro d'ambo i piedi sono unite ai talloni ad una cerniera mobile, simile ad un compasso. Per un meccanismo che ci è per fissare l'angolo al pezzo maggiore della cerniera o alle vecchie misure del bacino, possono ambedue queste aste e insieme con esse anche le piastre che sdrucciolano sulle stesse, venire assicurate a mezzo di una vite coi piedi ingessati con un angolo che varia fra i 40° ed i 180°. Dopo ciò i bambini possono muoversi alle ginocchia ed alle anche e possono anche muovere i piedi sulle aste di ferro. Gli apparati facilmente si levano, ma devono essere tenuti applicati sia di giorno che di notte. Nell'apparato di Hagedorn si possono assicurare egualmente bene i piedi ingessati, del pari che quelli che si trovano disposti in una macchina mobile. Hagedorn lo usa col miglior esito già da molti anni.

Adelmann (di Berlino) crede che colla siringa caustica di Czerny non si impediranno lesioni imprevedute, e tenne specialmente che nell'introduzione e nell'estrazione della sonda si producano delle striscie caustiche alla parete inferiore dell'uretra.

Czerny impiega come caustico il burro di cacao e crede che questo si fonda solo dopo un certo tempo durante il quale stia a contatto colle parti che si vogliono cauterizzare.

Esmarch si associa ai timori di Adelmann.

Czerny raccomanda finalmente una pratica per cauterizzare colla sua sonda, per la quale egli spreme fuori in certo modo la pasta caustica al luogo preciso della parete dell'uretra. Madelung (di Bonn).

Hirschberg. (di Francoforte sul Meno). — **Sulla cura degli stringimenti uretrali.**

Già da 10 anni l'Autore tratta con buon esito gli stringimenti impermeabili dell'uretra col metodo seguente. Egli impiega un catetere, che in sul davanti è leggermente conico, fino allo stringimento e poi usando una certa forza lo introduce ancora per circa 2 linee. Si sente allora lo scroscio del tessuto che cede; ritirandolo alquanto l'apice del catetere viene tenuta salda.

La reazione è poca e dopo alcuni giorni si può ripetere il processo. In media in 5 sedute gli stringimenti uretrali sogliono in questo modo venir scavati a tunnel (tunnelirt). In singoli casi però si richiesero 10-12 sedute per potere penetrare in vescica col catetere; ed egli si domanda se in tali casi si trattasse di uno stringimento anormalmente lungo o

se vi fossero delle false strade. Siccome non c'era alcuna ragione per ammettere l'ultima supposizione, l'Autore s'appiglia alla 1.ª

Per la morte di un paziente, al quale Hirschberg sei anni prima avea curato col suo metodo uno stringimento traumatico impermeabile, venne egli in possesso di un preparato che presentò e che riuscì per lui molto istruttivo. Vi era nientemeno, oltre ad un breve stringimento che una falsa strada, la quale era lunga 7 centim. (!) e che sboccava in vescica sempre tenendosi al di sotto della mucosa uretrale. Tale falsa strada era coperta da epitelio ed era stata tenuta dilatata colle siringhe a permanenza. A. GENZMER (di Halla di Sassonia).

ROSER. — **Gangrena diabetica; interposizione di muscoli e di tendini nelle lesioni violente delle ossa e delle articolazioni.**

1.° Fotogramma di un uomo che appariva sano e robusto, il quale fu guarito mediante la dieta conveniente di gangrena acuta diabetica. Roser rende perciò attenti che non è necessaria perchè si determini la gangrena diabetica che il paziente si trovi in una condizione malandata.

2.° Dimostrazione di vari modelli schematici molto istruttivi, che spiegano chiaramente il meccanismo della frapposizione dei muscoli e dei tendini nelle lesioni delle ossa e delle articolazioni.

a) frapposizione del tendine del flessore nella lussazione della prima falange del pollice.

b) frapposizione del tendine del bicipite nella frattura obliqua del collo dell'omero: Roser dimostra come si possono liberare i frammenti colla rotazione.

c) frapposizione del muscolo tibiale anteriore nelle fratture della gamba.

d) frapposizione del muscolo pronator quadrato nelle fratture dell'epifisi del radio. A. GENZMER (di Halla di Sassonia).

J. WOLFF (di Berlino). — **Sull'operazione della fessura del palato; Sull'operazione del labbro leporino; Corsetto-bicchier d'acqua.**

La prima ammalata fu operata per divisione del palato: colla prima operazione si ottenne solamente la riunione del palato duro, colla seconda si ebbe la riunione anche dell'ugola fino alla sua base: la loquela restò però cattiva, otturatori massicci erano mal sopportati. Perciò il medico-dentista Schilski costrusse con del cautchouc molle, vulcanizzato, un otturatore cavo che veniva riempiuto o svuotato colla punta di una vite; esso è elastico, leggiero, non irrita, si mantiene ben pulito e si conserva bene. Il paziente parla collo stesso indubbiamente meglio. Quantunque secondo V. Langenbech, in molti casi si riesca coll'esercizio e coll'elettricità a togliere la debolezza della muscolatura ed a

rendere normale la loquela, ciò però nella maggior parte dei casi non viene ottenuto; le operazioni secondarie raccomandate da Passavant, Schönborn e da altri non si sono volute ammettere, e crede l'Autore che questi nuovi otturatori soddisfino ai bisogni da lungo tempo sentiti e colle loro elasticità s'adattino bene alle vibrazioni dei muscoli e non dilatino la fessura colla compressione.

Il secondo ammalato presentato avea un grave stringimento del labbro superiore in seguito all'operazione del doppio labbro leporino. Per rimediare a tale deformità l'Autore distaccò, cominciando dalla località del labbro, corrispondente alla fatta operazione, da ambe le parti al confine dell'orlo rosso del labbro, la sostanza del labbro tanto da poter avvicinare ed unire convenientemente senza stiramento in linea perpendicolare gli orli superiori: furonsi applicati d'ambe le parti dei punti di sutura nodosa all'orlo superiore del labbro. Tale metodo dà buoni risultati anche nel labbro leporino, quando la fessura non giunge tanto in alto. Nella discussione Roser e V. Langenbek espongono dei fatti loro individuali.

La terza presentazione è di un bambino cifotico, a cui l'Autore applicò come Küras un apparecchio a bicchier d'acqua (1), il cui vantaggio consiste in ciò che esso è più pieghevole, di maggior durata e più leggiero dell'apparecchio gessato. Per la sicurezza della forma l'Autore vi applica sopra per alcuni giorni un apparecchio a giorno, composto di striscie gessate incrociantesi posteriormente. PILZ (di Stettino).

HAGEDORN. — **Resezione d'ambedue le articolazioni della mascella per totale anchilosi.**

Ad un paziente che aveva 6 anni prima superato un reumatismo articolare acuto e che da due anni avea un'anchilosi completa d'ambedue le articolazioni della mascella, l'Autore praticò in una sola seduta la resezione d'ambedue le dette articolazioni coll'impiego della anestesia locale. Perciò egli fece un'incisione trasversale al disopra dell'osso

(1) Ecco quanto trovo a pag. 228 del *Centr. f. Chir.* 1878, n. 14, su questo apparecchio.

S. Paschkewitsch. *Der Wasserglasverband.* («L'apparecchio a bicchier d'acqua»). «Appendice al Protocollo della Associazione Medica del Caucaso,» 1877, n. 2.

In base all'impiego di questo apparecchio, che egli fa già da 4 anni con successo eccellente, l'Autore lo preferisce all'apparecchio gessato, perchè è 3-4 volte più leggiero del medesime, è più sodo e più elegante dello stesso. L'Autore lo usa nei seguenti casi: nelle fratture degli arti e della mascella inferiore, nell'idrope del ginocchio, nel tumor bianco, nelle affezioni croniche reumatiche delle articolazioni dopo la rottura forzata. Viene esso specialmente raccomandato pel trasporto dei feriti: e a tal uopo l'Autore raccomanda la combinazione colle stecche di cartone. W. GRUBE (di Charkow).

(*Il Trad.*)

zigomatico ad un'altra perpendicolare alla prima e che andava alla mascella, e poi recise circa un centimetro del condilo del mascellare (1). Dopo eseguita tale resezione da una parte, era osservabile dall'altra appena una leggiera ondulazione. Ne seguì la guarigione completamente per prima intenzione a destra, ed a sinistra si ebbe una piccola gangrena.

Già otto giorni dopo l'operazione il paziente potè muovere attivamente la mascella; ora può muoverla in modo da discostare di 2 dita i denti superiori dagli inferiori.

V. Langenbeck nel febbraio di quest'anno ha fatto tale operazione alla stessa maniera.

Nel suo caso i denti erane tanto compressi uno contro l'altro alla lunga sì anchilosata, che essi erano spinti all'infuori obliquamente.

A. Genzmer (di Halla di Sassonia).

Haegedorn di (Magdeburgo). — Resezione di un pezzo di intestino gangrenoso durante l'emiotomia.

L'Autore ha esciso in due casi dei pezzetti di intestino gangrenoso durante l'emiotomia, ed ha cucito gli orli sani dell'intestino, e poi riposto nel cavo ventrale l'intestino; in ambedue l'esito fu favorevole.

1.° Ernia crurale esistente da 15 anni, incarcerata da 2 giorni. Nell'operazione si trova alla località strozzata un anello gangrenoso. L'Autore escise la parte strozzata, dopo avere bene osservato le parti, poi unì ambedue le terminazioni dell'intestino e lo ripose. Tutto andò bene per i primi 5 giorni, poi uscirono delle feci dalla ferita, ma però uscivano anche dal retto. Il paziente venne posto in un bagno permanente, e in capo a tre settimane la fistola stercoracea guarì. Il paziente presentava però dei sintomi di stenosi intestinali; esso non poteva nutrirsi che di cibi teneri, e dopo l'uso di un'alimentazione solida soffriva dei gravi attacchi di colica.

Dopo un certo tempo s'aperse di nuovo un ascesso stercoraceo; il paziente venne di nuovo disposto in un bagno permanente e guarì pienamente in due settimane.

2. Nell'operare un'ernia strozzata già da 9 giorni, si trovò l'intestino gangrenoso di già rotto, e il capo periferico vuoto sdrucciolato nel cavo ventrale; non era fuoriescito il contenuto intestinale. Fu praticata la resezione e la sutura dell'intestino come nel primo caso, e il paziente venne messo in un bagno permanente. Il vomito stercoraceo, già da 6 giorni sussistente, cessò tosto. Al sesto giorno si presentò una fistola

(1) Traduco *condilo* la parola *Gelenkforsatzs*, che vuol dire *apofisi articolare*, quantunque l'*apofisi* non sia il *condilo*, ma sia l'apofisi *coronoide*, perchè credo che l'epiteto di *articolare* indichi chiaramente che si tratti del *condilo* e poi anche perchè ciò è reso manifesto dal testo. (*Il Trad*)

stercoracea, dopo la cui guarigione la quarta settimana si aperse un altro ascesso stercoraceo e poi si ebbe una completa guarigione.

Küster raccomanda in tali casi di praticare non la sutura intestinale di Lembert, ma per maggiore sicurezza di produrre l'invaginazione del pezzo d'intestino. A. Genzmer (di Halla di Sassonia).

E. Hahn (di Berlino). — **Resezione bilaterale dell'articolazione della coscia; Osteotomia sottotrocanterica; Resezione dell'articolazione del piede.**

Una resezione bilaterale dell'articolazione della coscia venne praticata colla semplice decapitazione del capo articolare in un caso di osteomielite multipla e suppurazione di parecchie articolazioni. Venne contemporaneamente fatto il drenaggio nell'articolazione di un piede e di un cubito. Vi era anchilosi in tutte le articolazioni. Il paziente era inoltre affetto da nefrite. Per l'avvenire l'Autore non decapiterà più, ma farà la resezione al disotto dei trocanteri, tanto più perchè secondo Holmes, la perdita della sincondrosi superiore nel femore ha solo un piccolo influsso sulla crescita in lunghezza di quest'osso.

2.° Presentazione di un giovane operato di osteotomia sottotrocanterica, miglioramento essenziale della funzionalità, impedimento nel sedersi.

3.° Presentazione di un caso di resezione dell'articolazione del piede con perfetta mobilità dell'articolazione. V. Lesser (di Lipsia).

Ogston (di Aberdeen). — **Del rapporto dei bacteri colla formazione degli ascessi.**

Con Ewart distingue l'Autore i seguenti micro-organismi, che si trovano nei processi flogistici e settici: bastoncelli (bacilli), bacterii, micrococchi espirilli.

Pel loro studio egli si valse grandemente delle colorazioni metodicamente usate da R. Kock, con metilanilina. Però egli fece delle controprove anche con altri metodi di controllo. Specialmente contro le obbiezioni di Max Wolff, che i colori d'anilina colorano anche altre masse granulose dentro al tessuto, oltre ai micro-organismi, egli ribatte che egli non si fonda solo sulla colorazione, ma eziandio ed innanzi tutto sulla diffusione e disposizione dei corpi colorati, come già avea dichiarato doversi fare Klebs 8 anni fa.

Ogston esaminò il contenuto di 88 ascessi non stati prima d'allora aperti, fra cui 70 acuti, 4 piemici e 14 ascessi freddi (cronici). Negli ascessi acuti e piemici si trovano sempre micrococchi, mai invece nei cronici e negli ascessi caseificati. I tentativi di allevamento col contenuto di questi ultimi fornirono risultati negativi.

Ogston tentò la numerazione approssimativa dei micro-organismi, e stabilì coll'apparecchio di Malassez il numero dei corpuscoli di pus, e procurò di stabilire la proporzione dei primi coi secondi. Le grandi

variazioni di tale proporzione dipendono dal fatto che i micro-organismi precipitano prestamente al fondo. Per quanto alla prontezza della crescita ed alle differenti forme di proliferazione dei micro-organismi in catene, gruppi e masse di zooglee, l'Autore non ebbe a riscontrare nei singoli ascessi che una speciale forma di proliferazione. I micrococchi non mancarono mai, 3 volte non c'erano che bacilli e bacterii, 3 volte solo bacilli, 2 volte tutte le forme, e ciò in un ascesso puzzolento, che stavano in dipendenza di carie dentale, e in un altro ascesso sito in vicinanza del retto. I tentativi di innesto, che Ogston fece con del pus in topi bianchi ed in porcellini d'India, diedero per risultato che questi animali non reagivano al pus degli ascessi freddi. Iniezioni sottocutanee di 1-2 goccie di pus contenente micrococchi portarono un malessere passaggiero; formaronsi cioè degli ascessi alla località dell'iniezione con fusione progressiva del tessuto e contemporaneamente si riscontrarono cocchi in forma unica o doppia sia nel sangue che nel tessuto circostante agli ascessi. Mentre il pus adoperato per iniezione, originalmente conteneva approssimativamente circa 2 milioni di cocchi per centimetro cubo (cmm.), negli ascessi prodotti dall'innesto ce ne erano 13-18 milioni. Il pus prodottosi al luogo dell'ascesso, nuovamente innestato, dava luogo ad altri ascessi. Mescolando il pus contenente micrococchi con soluzioni feniche, diveniva inattivo se innestato, come già lo era il pus degli ascessi freddi. Iniettati sotto la pelle, ambedue molto prontamente scomparivano. Anche il riscaldamento del pus contenente micrococchi, a 55.° lo rende probabilmente inattivo.

L'Autore trovò solo dei micrococchi negli ematomi, nelle cisti, ecc. Quando questi venivano a suppurazione e anche nella gonorrea e nelle suppurazioni croniche si riconosceva tanto maggior numero di micro-organismi quanto più acutamente decorreva il processo.

Nelle ferite non asettiche si trovavano micrococchi sia nel sangue, sia ne' dintorni della lesione (estirpazioni di strumi, ferite complicate dell'articolazione del piede); però non riuscì all'Autore di confermare la presenza di micro-organismi in simili casi nelle glandole linfatiche.

La escrezione dei micro-organismi ha luogo per i reni; però si trovavano bacilli e cocchi solamente nel tessuto renale dell'uomo.

Come negli ascessi freddi i micrococchi mancavano anche nelle ferite trattate alla Lister; mai vi si presentavano però quando tal trattamento era trascurato.

Quando un ascesso guarisce ci si vede diminuire il numero dei micrococchi, che però vi si trovano ancora sotto lo strato bianchiccio del fondo della ferita. Alla superficie delle granulazioni, che per ultime si formano prima della cicatrice, si trovano solo dei cocchi isolati, dove invece nelle ripiegature della ferita stagna il secreto si trovano bacteri e bacilli in numero variabile.

Se una ferita fu una volta infetta da micro-organismi, difficile riesce

il liberarnela, perchè essi seguitano a pullulare malgrado l'impiego dell'olio fenicato al 8 p. 0[0 del permanganato di potassa e delle soluzioni boriche, saliciliche e di timolo. Si riesce a rendere di nuovo tale ferita asettica solamente colle energiche cauterizzazioni col cloruro di zinco e colle energiche strofinazioni e lavature con forti soluzioni feniche.

L'Autore ha poi intrapreso 118 esperienze di coltivazione del pus contenente micro-organismi in liquidi sierosi, nella soluzione di Pasteur ecc., e ne ebbe risultati varii. I bacterii provocavano sempre la putrefazione, il liquido si faceva torbido e diveniva alcalino. I bacteri germogliavano negli strati più superficiali del liquido. I micrococchi invece si moltiplicavano sempre in fondo al liquido, e questo restava chiaro ed acido; e ciò appoggia l'idea, ora non più nuova, che i micrococchi sieno anaerobii. L'aggiunta di acido fenico al liquido che si usava per la coltivazione, non impediva punto lo sviluppo dei micrococchi. Innestando del pus contenente dei micrococchi in un uovo fresco, e mettendo questo (ben involto in un apparecchio alla Lister) in una stufa adatta a covarlo, l'uovo restava inodoro ma il tuorlo si decomponeva: e l'esame microscopico vi faceva rivelare un'abbondante proliferazione di micrococchi. L'innesto di albume d'uovo contenente micrococchi produceva degli ascessi, al pari dell'innesto del pus contenente micrococchi. A quel modo istesso che crede l'Autore che i micrococchi si sviluppino benissimo anche senza la penetrazione dell'aria, egli dichiara anche che essi ponno essere relativamente innocui sulle ferite superficiali ed ammette il favorevole decorso delle ferite trattate colla medicazione aperta. I risultati delle sue osservazioni vengono dall'Autore riassunti nelle seguenti tesi:

1.° I micrococchi sono le più frequenti cause della suppurazione e della formazione degli ascessi.

2.° Restando essi assorbiti nel sangue ponno produrre un avvelenamento settico del sangue.

3.° Le conseguenze dell'infezione sono più o meno gravi a seconda della resistenza dei singoli individui. V. Lesler (di Lipsia).

Hirschberg. — **Semplificazione della plastica del perineo nelle sue lacerazioni antiche e complete.**

Mentre si praticava solo raramente tale operazione negli ultimi 60 anni, venne essa maggiormente messa in credito da Simon, il quale perfezionò la cruentazione trilaterale di Diefenbach. La difficile sintesi perineale di V. Langenbeck, la plastica di Wilms, la sutura di Heppner, la modificazione della cruentazione trilaterale di Freund, non si sono giustamente volute accettare quali metodi da generalizzarsi. Una modificazione del metodo non punto facile di Simon, l'Autore crede di averla raggiunta, non mettendo tre serie di punti, ma riunendo senza una speciale sutura del retto, i triangoli stretti dell'apice dello squarcio

con punti di suture profondi, che attraversano tutto il perineo novellamente formato. Con ciò bastano 9-10 punti invece di 20 e più. Questo metodo ha anche il vantaggio che per l'azione comprimente dei punti si arresta più presto la emorragia tanto molesta, e che non si ha poi da togliere nessun punto di sutura dal retto.

L'Autore ha operato in tal guisa 12 volte, e in 10 ne ottenne la guarigione per prima intensione. Si potrebbe riguardare come svantaggiosa la circostanza che la vulva viene un poco ristretta, e che durante i primi 2-3 giorni le operate emettono dei flati dalla vagina. L'Autore disapprova nella cura consecutiva le iniezioni a titolo di pulizia.

Nella discussione V. Langenbeck accorda una speciale importanza alle iniezioni disinfettanti e non vorrebbe punto trascurare la sutura delle lacerazioni comprendenti anche il retto, per quanto andassero in alto nello stesso.

E. Hahn in 50-60 casi operati con Wilms o secondo il suo metodo non ha mai avuto a che fare, come Hirschberg colla triste evenienza di residuarsi una fistola.

Schede, il quale ha unito col catgut una intiera serie di lacerazioni perineali operate col metodo di Simon, ci ha trovato il vantaggio di fare attraversare, come Bähr, alle singole suture di catgut, tutto lo spessore della musculatura perineale; quanto alle suture rettali egli, al pari di V. Langenbeck, non se ne è dato pensiero, e una volta sola si potè essa omettere. PILZ (di Stettino).

Wölfler (di Vienna). — **Sulla cura operatoria del cancro della lingua.**

L'Autore espone i risultati di tale cura, ottenuti dal principio del 1877 a tutt'oggi del prof. Billroth. Siccome le osservazioni statistiche anteriori diedero per risultato che le operazioni eseguite dalla parte del collo (formazione di lembi sotto al mento o segatura della mascella inferiore) riuscirono più sfavorevoli che non quelle praticate per la bocca, l'Autore vuole ritornare su quest'ultimo semplice processo. L'operazione comincia colla legatura di una o di ambedue le arterie linguali: poi viene fortemente spalancata la bocca, quindi bene assicurata la lingua colle pinzette di Museux, e poi recisa tutta la parte ammalata colle forbici curve. L'emorragia dalla lingua è minima; quella del pavimento della bocca si arresta facilmente colla trafittura. Si estirpano dalla parte della ferita della lingua le glandole linfatiche ammalate. S'introducono poi nella cavità della bocca 1-2 tubi fognatori della grossezza del dito pollice, che devonsi situare ed assicurare esattamente. Alla sera del giorno dell'operazione si cosperge tutta la superficie della ferita con permanganato di potassa in polvere, e ciò dà luogo ad una crosta secca e nera, che sta aderente per 3-4 giorni, durante il qual tempo la superficie della ferita viene nettata 2-3 volte al giorno con una soluzione concentrata di permanganato. Di 18 amma-

lati così operati 16 guarirono; 2 morirono, uno dopo 24 ore, l'altro nella 3.ª settimana, questo dopo che la ferita erasi completamente cicatrizzata, senza una determinabile causa di morte.

Crede l'Autore che tale metodo sia il più atto a prevenire la difterite boccale ed il flemmone settico del collo.

SONNENBURG (di Strasburgo).

BARDELEBEN. — **Presentazione di operati con speciale riguardo alla medicatura col cloruro di zinco.**

1.° L'Autore presenta la sua raccolta dei materiali di medicazione; fascie di flanella al cloruro di zinco, filaccie al cloruro di zinco, e juta al cloruro di zinco. Quantunque il cloruro di zinco sia igroscopica, tutti questi preparati sono perfettamente asciutti e secchi.

2.° Presentazione di una ragazza, alla quale 3 anni prima per un tumore gommoso suppurato del capo della tibia era stata praticata la resezione del ginocchio. Deve notarsi che in principio era possibile nella detta articolazione un movimento fino a 30.°, e che poi gradatamente si formò una completa anchilosi in posizione di estensione; l'arto però serviva eccellentemente.

3.° Presentazione di un uomo, al quale per carie era stato resecato il gomito destro. Si ebbero in principio delle gravi recidive di carie; ma con una medicazione con cloruro di zinco e colla compressione a mezzo di fascie lo stato del paziente si migliorò in modo da potersene ripromettere una completa guarigione. Non si deve disperare dell'esito di una resezione neanche quando in sulle prime la carie sembra che progredisca.

4.° Dimostrazione di 3 pazienti con resezione al gomito in differenti stadii. Portavano tutti la stecca di Bidder, che fa cadere il peso dell'avambraccio sulla spalla.

5.° Presentazione di un giovane che 1 $^1/_4$ anno prima era stato operato di ginocchio valgo col metodo di Ogston. L'esito era felice, la posizione normale, la flessione libera fino ad 1 R. (1), l'andatura gradatamente migliore.

L'Autore non vide ancora un'insuccesso coll'operazione di Ogston. In Inghilterra tale operazione è ultimamente ripetuta senza le cautele antisettiche col miglior esito.

6.° Presentazione di due casi di elefantiasi. Nel 1.° caso si tratta di mollusco-elefantiasi congenita in un fanciullo. Il tumore era molto sviluppato, e consisteva di molti lembi molli pendenti, e copriva ora il petto sinistro, la spalla e la parte sinistra del collo fino all'orecchio ed al mento.

L'Autore ha già fatto delle estirpazioni, a pezzi abbondanti dello

---

(1) Die Flescion bis zu 1 R. frei.

stesso, e per impedire la forte emorragia si comporta in questo modo. Con compressori speciali vengono strozzate delle grosse porzioni: al di dietro delle branche comprimenti si applicano dei fili di sutura e poi si recide al davanti del compressore. Levato poi l'istrumento si chiude la ferita allacciando i fili di sutura, e con ciò viene anche arrestata la emorragia parenchimatosa, che è molto considerevole.

V. Langenbeck espone che quel tumore è molto simile ad un linfangioma cavernoso.

Bardeleben dimostra che il suo volume cresce colla tosse. Non si potè confermare col microscopio che entri a formarne parte l'apparato linfatico.

Esmarch 14 anni fa ha operato in modo perfettamente analogo un tumore simile, sito nella faccia dorsale della coscia.

Nel 2.° caso presentato da Bardeleben si trattava di una semplice elefantiasi della gamba. Dava nell'occhio la piccolissima partecipazione del piede.

Anche in questo 2.° caso lo stato del paziente migliorò molto colla escisione abbondante di pezzetti del tumore, il quale era lungo un piede e largo 3 pollici. A. Genzmer (di Halla di Sassonia).

L. Wolff (di Berlino). — **Dimostrazione di un caso di ernia lombare.**

L'Autore presenta un uomo di 24 anni, con ernia lombare acquisita. Avea esso 14 anni prima subito un'osteomielite dell'osso iliaco destro, e gliene era anche restato un difetto alla cresta iliaca. Immediatamente al di sopra di tale mancanza d'osso si trovava l'apertura erniaria. L'Autore fa osservare la rarità di tale ernia; secondo una relazione di Braun sono stati indicati al pubblico solo 20 ernie lombari congenite e 9 acquisite; due appartengono ad autori tedeschi.

Starcke crede che in questi ultimi tempi, nei quali grazie ai metodi di cura perfezionati, le spondiliti con ascessi da congestione guariscono più di frequente, le ernie lombari non saranno più tanto rare come prima. Bardeleben e Wolff combattono questa idea, e dichiarano di non avere mai veduto un'ernia al luogo d'apertura d'uno di tali ascessi.

Urlichs ricorda un caso osservato nella clinica di Würzburgo, nel quale l'ernia era sorta in seguito ad una ferita da punta.

Rinne (di Berlino).

Wölfler (di Vienna). — **Sulla questione dell'estirpazione dell'utero.**

L'Autore riferisce 3 casi di estirpazione di tutto l'utero per carcinoma, eseguiti da Billroth nel decorso semestre senza laparotomia e dalla vagina. Due di tali operate guarirono, la 3ª. morì.

1.° Caso, 55 anni. Il carcinoma oltrepassava la cervice. Venne tirata fuori la porzione vaginale con dei fili disposti come ceppii e colle pin-

zette di Museux (1), il fornice vaginale venne tagliato circolarmente, e poi si penetrò parte coi bistorì e colle forbici e parte con mezzi ottusi lungo l'utero. Oltre alla legatura dell'arteria uterina isolata, dovettero essere fatte ancora 15 legature in massa. Apertura del cavo peritoneale nello spazio del Douglas. Il legamento largo sinistro fu legato in due porzioni, poi venne tirato fuori l'utero e legato anche il legamento largo destro. Venne disposto un tubo da drenaggio a forma di T nel cavo peritoneale; non fu punto riunita la ferita peritoneale. La paziente morì al 5.° giorno per peritonite.

Alla sezione si vide, che il secreto della ferita non aveva potuto scolare, perchè l'omento si era tanto attorcigliato intorno al pezzo trasversale del tubo da drenaggio, che anche nel cadavere quest'ultimo si potè solo con fatica estrarre.

2.° Caso. Ad una paziente di 29 anni, che sei mesi prima era stata operata di ovariotomia e due settimane dopo di amputazione della cervice dell'utero senza apertura del cavo peritoneale, si fece l'estirpazione totale del moncone dell'utero dalla vagina. Il metodo seguito fu eguale a quello del caso precedente, però per le molteplici aderenze la cavità dell'utero venne aperta non nello spazio del Douglas, ma lateralmente al corpo dell'utero. Dopo l'operazione fu applicato un grosso tubo da drenaggio; il peritoneo non venne unito. L'operazione fu fatta colla polverizzazione fenica al 2 1|2 0|0. Il decorso fu senza reazione. Al settimo giorno vennero tolti i fili della suture e il tubo da drenaggio.

3.° Caso, 36 anni. Estirpazione di tutto l'utero per carcinoma recidivo dopo l'amputazione della porzione vaginalè. Operazione e cura consecutiva come nei due casi precedenti. Guarigione.

Un 4.° caso di estirpazione dell'utero venne con buon successo praticato da Pawlik (nella Clinica di Vienna di Braun).

Wölfler fa considerare specialmente che nell'estirpazione uterina si deve stare sempre molto vicini all'utero, e si deve innanzitutto stare attenti alla permeabilità del tubo scaricatore posto nel cavo addominale. In nessun di questi casi fu osservato prolasso degli intestini. L'Autore perciò ritiene che l'estirpazione totale sia da praticare anche in quei casi, nei quali la malattia non è ancora tanto avvanzata da impedire sicuramente il pericolo della recidiva nè da escludere la possibilità d'un ulteriore concepimento, che fu veduto talora aver luogo dopo la parziale estirpazione dell'utero, nè da prevenire il pericolo da ciò dipendente.

Schede (di Berlino) discorre del metodo di estirpazione dell'utero dalla vagina, riconoscendone la facilità dell'esecuzione del pari che la prontezza (un'ora circa), e la leggiera emorragia che dà. Però i suoi risultati definitivi non furono favorevoli. Una paziente morì 26 ore dopo l'operazione, un'altra al 4.° giorno, ambedue per setticemia. Egli trovò

(1) Veramente è scritto Muzeuk.

impossibile di disinfettare l'utero canceroso, anche dopo averlo raschiato pochi giorni prima e trattato con forti agenti antisettici. Un dito introdotto puzzava. Vi è anche il grave pericolo che il tubo fognatore resti occluso..

Sulla richiesta di Roser (di Marburgo)

Schede dichiara che una volta egli legò nell'operazione anche un uretere.

Herny ricorda la sua comunicazione, relativa a questo argomento. Egli crede che specialmente la paramfetrite preceduta porta il pericolo della lesione dell'uretere.

Schede crede sia ancora possibile l'estirpazione dalla vagina dei carcinomi dell'utero, che si sono già estesi alla vagina e che sono perciò inoperabili col metodo di Freund.

V. Langenbeck richiama in merito all'estirpazione di tutto l'utero dalla vagina che essa era già stata eseguita da suo zio a Gottinga. In uno dei casi, che riguardava un utero prolassato, l'ammalata sopravvisse all'operazione per 12 anni; è perciò il caso da farsi la domanda se trattavasi veramente di carcinoma. Siccome Langenbeck seniore dopo le sue estirpazioni otturava con ispugne la vagina, mentre oggi vi si mettono dei tubi da fognatura, questa è forse la ragione dei cattivi risultati che avea egli.

Hirschfeld (di Francoforte) espone che Spiegelberg, che era stato dapprima un ostinato avversario dall'operazione di Freund, ora impiegò anch'egli tale metodo per l'estirpazione di voluminosi sarcomi uterini.

MADELUNG (di Bonn).

NITZE (di Dresda). — **Dimostrazione di un apparecchio d'illuminazione delle vie orinarie.**

Nitze espone i principii seguiti nella costruzione che egli fece di alcuni apparecchi d'illuminazione delle vie orinarie e dimostra parecchi di tali apparecchi d'illuminazione della vescica e dell'uretra. Una descrizione precisa dei medesimi ci trarrebbe qui troppo in lungo: rimandiamo perciò il lettore a pag. 255 e seg. del *Central. f. Chir.* 1880.

RINNE (di Berlino).

CHWAT (di Varsavia). — **Bacino suppurato: Apparecchio per ripulire la vescica orinaria.**

Il bacino suppurato (1) che viene dimostrato è di gomma indurita, ha la forma di un triangolo ad angoli arrotondati e coi lati incavati ed in conseguenza di ciò si applica facilmente in tutte le possibili regioni del corpo.

È pure fatto vedere un apparecchio per esportare prontamente i frammenti di calcolo della vescica orinaria: consiste in un catetere metallico

(1) Eiterbecken. (*Il Trad.*)

con una finestra molto grossa e con un breve tubo d'aggiunta posto lateralmente al padiglione. Siccome gli angoli della detta finestra potrebbero ledere la mucosa uretrale, viene applicato, per l'introduzione dell'istrumento, un mandarino con punta ad oliva, il quale riempie la finestra. Posciaviene estratto il mandarino, ed applicata la pallottola di un irrigatore al tubo d'aggiunta, la apertura esterna del catetere viene chiusa con un dito e allora si riempie la vescica con una pressione gradatamente crescente. Comprimendo ora la palla dell'irrigatore ed aprendo il catetere l'acqua sorte con forza dalla vescica, ed esporta i frammenti del calcolo attraverso alla finestra del catetere. Si può a volontà ripetere con ogni comodità l'operazione e così la vescica viene in breve del tutto ripulita.

Dimostrazione della figura di una cassa di medicazione trasportabile; l'Autore ne loda l'ampiezza, la perfezione e la facile trasportabilità.

A. Genzmer (di Halla di Sassonia).

Starcke (di Berlino). — **Dimostrazione di un caso di lussazione complicata dell'articolazione del gomito.**

Un ragazzo di 15 anni cadde dalla spalla di un suo compagno col braccio sinistro disteso: ne ebbe una lussazione, e l'omero protrudeva attraverso le parti molli e la pelle al lato volare dell'avambraccio; 24 ore dopo il paziente fu ricevuto nell'Ospedale della Charité; la cura fin allora fatta era consistita in inviluppi fenicati.

La riposizione riuscì facilmente dopo con un lieve sbrigliamento; ma l'avambraccio era senza polso e paralizzato completamente sia per riguardo al senso che al moto. Quantunque fossero lacerati o schiacciati di traverso tre tronchi nervosi del pari che le arterie, si volle tuttavia tentare una terapia conservativa; incisioni attraverso il tendine del tricipite e al capo superiore del radio, drenaggio, medicatura con garza carbo-colofonica: le ferite guarirono in un mese quasi senza febbre; la sensibilità nel distretto del nervo radiale gradatamente ritornò, e più tardi anche in quello del nervo cellulare, solo incompletamente nel territorio del mediano: invece non si sentì più il polso radiale. Il paziente ha ora l'avambraccio anchilosato ad angolo quasi retto; può però servirsi bene della sua mano e prendere abbastanza sicuramente colla medesima i piccoli oggetti; ed è da sperarsi che coll'elettricità, colle doccie, col massaggio riprenderà ancora abbastanza bene la mobilità.

A. Genzmer (di Halla di Sassonia).

Gutsch (di Berlino). — **Corpi articolari: Artrite deformante: Atrofia da inattività.**

1.° 5 corpi liberi articolari, formatisi in un ginocchio dietro ad un trauma e toltine con un'operazione (il paziente dopo 14 giorni fu dimesso guarito coll'articolazione perfettamente mobile); i detti corpi componevano in parte di cartilagine jalina ed in parte di cartilagine osteoide; uno di essi era del volume superiore ad una noce.

2.° Artrite deformante d'alto grado in seguito a trauma. I preparati appartenevano ad una donna di 70 anni, la quale a 18 anni avea ricevuto un forte traumatismo al ginocchio destro.

Ambedue le articolazioni del ginocchio e dell'anca presentavano le alterazioni dell'artrite deformante molto estese; quasi completa mancanza del capo articolare, neoformazioni in forma di nidi di rondine (1) sulle superficie articolari, formazione di movimenti articolari in un piano al tutto anormale, escrescenze lipomatoso-fibroso-cartilaginee e corpi liberi in quantità, ecc.

3.° Atrofia da inazione di tutto l'arto inferiore destro in un individuo di 77 anni, che a 6 anni era andato soggetto ad inflammazione del ginocchio destro. L'arto si era accorciato di 25 centim., di cui 15 al femore, 10 alla tibia. La fibula, che era cresciuta di più, era più lunga della tibia, ed era perciò incurvata come una sciabola. La tibia è sublussata all'indietro, ed il condilo interno della stessa è articolato con una superficie sdrucciola del condilo esterno del femore.

A. Genzmer (di Halla di Sassonia).

V. Langenbeck. — **Dei tumori gommosi.**

Questi tumori, quando hanno raggiunto una certa grossezza contraggono facilmente aderenze con tumori d'altra natura. Si trovano in essi le masse gommose attraversate da cordoni di tessuto connettivo, e vengono così ad essere divisi in numerose porzioni. Alla loro periferia questi tumori inviano delle irradiazioni sode di tessuto connettivo, dal che nasce una intima connessione colle parti circostanti e resta difficoltata la loro ablazione e talora è resa anche impossibile. Dopo avere l'Autore parlato della presenza dei tumori gommosi nel tessuto connettivo sottocutaneo, nei muscoli e nei tendini, egli espone 3 casi da lui osservati ed operati di tali tumori. Vennegli in cura circa 20 anni fa un uomo affetto da un tumore grosso come un pugno, ulcerato, sviluppatosi in breve tempo sulla scapola colla diagnosi di lipoma. Siccome e per l'anamnesi e per altri sintomi (nodi ai testicoli) era sicura un'infezione celtica, venne fatta una cura antisifilitica, colla quale il tumore scomparve. Ultimamente osservò l'Autore due volte delle gomme molto voluminose, procedenti dalla guina di grosse vene. In una donna di 56 anni egli osservò un tumore del volume di un uovo colombino al bordo interno dello sterno-cleido mastoideo, che per la sua soda coalescenza coi vasi del collo, potè essere estirpato solamente coll'ablazione di un pezzo di vena giugulare. Il tumore constava di tessuto di granulazione. Un'infezione non si potè allora stabilire; ma dopo l'operazione si ebbero sintomi indubbi di lue alla lingua, alle fauci ed alle guancie. In un altro caso l'Autore estirpò un tumore del volume di un uovo d'oca

---

(1) Schwalbennestartige Neubildungen.

dalla piega inguinale, il quale per la sua stretta aderenza coi grossi vasi non potè essere del tutto esportato. Appoggiandosi su queste aderenze ed alla presenza alla periferia di diramazioni cicatriziali, fibrose, venne stabilita durante l'operazione la diagnosi di gomma. L'autopsia (morto per piemia) e l'esame microscopico la confermarono.

Discussione: Esmarch vide in un uomo, 30 anni dopo l'infezione, un tumore grosso come il pugno nell'estensore crurale, che scomparve colla cura delle unzioni mercuriali; e due volte vide delle gomme nella mammella. Egli crede che i cancri linguali si sviluppino frequentemente da neoformazioni gommose.

Bardeleben osservò due volte delle gomme muscolari, delle quali una alla lingua di un uomo di 50 anni, che 30 anni prima era stato infettato. Guarigione colle unzioni mercuriali. RINNE (di Berlino).

BIBLIOGRAFIA

Dottori SATTERTHWAITE e PORTER. — **Observations in one hundred cases of Carcinoma.** (*Osservazioni su cento casi di cancro*). *New York med. Journ.* Vol. 30, sett. 1879.

È un lavoro essenzialmente analitico. Gli autori raccolsero le storie di cento casi di cancro (in gran parte proprie), dei quali 57 sono stati sorvegliati dal principio del male fino alla morte. Lo scopo ne sarebbe pratico, involgendo le seguenti considerazioni: 1.ª Il microscopio può essere usato come mezzo di diagnosi accurata? 2.ª La cura chirurgica vale a prolungare la vita del paziente? 3.ª Quale cura è dimostrata migliore? — Non sappiamo se gli autori credano di aver portato qualche sostanziale contributo alla soluzione di quesiti così importanti. A noi non sembra: quel che vi è affermato non ha in sè nulla di nuovo; quel che si desidererebbe di vedere affermato o negato vi è invece lasciato senza soddisfacente risposta.

Le storie, assai minuziose, vengono riferite sotto forma di tavole sinottiche: la massima parte riguarda dei casi di epitelioma (37) e di scirro (54, dei quali 41 esterni e 13 viscerali); e però gli autori nelle osservazioni riassuntive si occupano appunto solamente di queste due forme. Ecco le cose più importanti.

1.ª *Sullo scirro.* — Lo scirro esterno appare in media tra i 42-46 anni, l'interno tra i 50-58. Il primo è più frequente nelle donne (87.80 per 100) essendo sua sede prediletta il seno (80.4 per 100 in media), il secondo è più frequente nell'uomo; tenendo sede specialmente allo stomaco (46.15 per 100). Quanto a cause o non ne è assegnata alcuna, o

si tratta di traumatismi. L'eredità è molto dubbia; tutto sommato, tra i 54 casi se ne hanno soli 10 (18.52 per 100) con una *probabile* tendenza di famiglia.

Il dolore, più o meno intenso, è sintomo comune. Prima della comparsa del male la salute generale era in pressochè tutti i casi ottima. — Ciò posto, quali sono gli effetti di un intervento chirurgico nei casi di scirro esterno? Quanto al dolore pare venga sollevato quasi sempre; nei scirri del seno (33 casi) lo fu nella proporzione del 72 per 100. L'operazione per sè è ben difficilmente fatale (5 per 100). Dalla prima operazione alla morte decorrono in media 20 mesi, ma non conoscendosi l'esito di tutti i casi esposti dagli autori non si può concludere sul vantaggio dell'operazione; solo si può notare che quando si ripetè l'operazione più volte anche la vita durò più a lungo (in un caso operato 4 volte l'individuo resistette 256 mesi). Nè si potrebbe dire alcunchè di sicuro sulla rapidità della riproduzione. Quindi concludendo, appena si rileva che, se non altro, l'operazione ha il vantaggio di preservare o mitigare il dolore fino al momento della recidiva fatale.

2.° *Sull'epitelioma.* — Appare in media tra i 58-66 anni; al rovescio dello scirro, prende specialmente il sesso maschile (75.68 per 100); ha sede prediletta alle labbra (29.73 per 100), alla lingua (10.81 per 100), al glande (8.11 per 100). Tra le cause assegnate, principale è quella del fumare (32.43 per 100). L'eredità esisteva sicuramente solo nel 13.51 per 100 dei casi. Il dolore è assai frequente, ed è specialmente intenso nell'epitelioma della lingua, per cui Barwell propose, a combatterlo, la sezione del nervo gustatorio. La salute generale prima del male si poteva dire in ogni caso eccellente. — Passando la rivista i risultati dell'operazione, nulla si può dire di sicuro perchè mancano a molte storie i dati più importanti; sembra che il giovamento riguardi il dolore; ma la riproduzione è comune e tiene un decorso più rapido del primitivo tumore; nei casi letali dall'operazione alla morte non passarono che 5 mesi in media, notando che la loro durata media fu di mesi 29.23.

Concludendo, dobbiamo attendere ancora altre osservazioni più complete per risolvere più sicuramente quei problemi, ai quali Porter e il suo collega qui non han fatto che toccare. CONTI PIETRO.

VARIETÀ

Ovariotomia — (*The British Medical Journal*, june 19, 1880 e *Raccoglitore medico*, 1880, XIV 52).

Venerdì scorso, 11 giugno, il prof. Spencer Wells praticava la sua

millesima ovariotomia. Quando noi riflettiamo alle molte migliaia di ore spese in istudi, alle ambascie sofferte, oltre all'azione manuale diretta, inseparabili da un fatto come questo, che non ha riscontro negli annali della scienza, possiamo ben ammirare il coronamento di un còmpito erculeo; ed un raziocinio anche superficiale ci costringe ad ammirare l'inizio di tanta opera, sia per riguardo al lustro della scienza chirurgica, sia per quello del grande operatore contemporaneo. I mille casi sono il termine brillante di un'azione che ebbe principio sotto auspici diametralmente opposti.

Imprimiamoci bene nella mente cosa indicava la parola ovariotomia, quando nel decembre 1857 colpiva l'orecchio dei chirurghi, e nello stesso tempo riflettiamo allo stato presente di questa operazione. In aggiunta alla lunga lista dei casi del signor Wells, possediamo lunghe tavole statistiche di operazioni appartenenti ad altri operatori, le quali per lo meno sarebbero state più corte senza l'esempio del sig. Wells. Se vogliamo essere onesti, non possiamo essere incerti nel giudicare a chi appartenga l'onore ed il credito sugli altri.

Nel 1857 quarantanove anni erano trascorsi, dacchè Mc Dowel avea eseguita la prima ovariotomia. Questo era un fatto compiuto, e non potendovi essere un secondo primo fatto, niuno fece maggior onore alla memoria dell'operatore americano, di quello abbia fatto il sig. Wells; colla differenza però che il trovato del Mc Dowel fu accettato fino allora da altri con diffidenza e timidità, e giammai con sufficiente successo da imporsi con confidenza ai chirurghi. Mc Dowell sta allo Spencer Wells nella stessa relazione di Salomone di Caus, del marchese di Worcester, di Papin e di Savory a Giacomo Watt. Nel 1857 l'operazione era caduta nel più assoluto discredito, talmente che il dott. Keith in questo stesso periodico affermava che in quel tempo « l'Ovariotomia era una operazione come se non esistesse. » Il dott. Clay aveva ottenuto bensì dei bei successi in provincia, ma pur tuttavia non riuscì ad inspirare la confidenza fra i chirurghi delle altre provincie e della metropoli, ed a far accettare l' Ovariotomia fra le operazioni giustificate. Il Baker Brown, in onta a tutto il suo sapere ed avvedutezza, subì tali rovesci che fu minacciato di una inchiesta al suo primo caso letale, e per due anni non operò più, fino a che cominciò il sig. Wells. Il Liston stigmatizzò gli ovariotomisti « per spacca-pancie » (*belly-ribers*) ed il Lawrence, ed altri grandi chirurghi d'ospitale non ristavano dal lanciare il discredito contro di loro.

Il sig. Wells, oltre al grande indirizzo da lui personalmente impresso al trattamento delle ovariotomizzate, stabilì in pratica e sostenne strenuamente certi dettagli nel manuale operatorio e nella terapia, in antecedenza più o meno trascurati. Egli scartò il processo di legatura del peduncolo colle estremità dei fili sporgenti attraverso la ferita. Egli abbreviò l'incisione delle pareti addominali, e stabilì che il vuotamento delle cisti doveva precedere le manovre di loro estrazione. Egli sostituì

al metodo intraperitoneale nel trattamento del peduncolo l'extraperitoneale, e non ebbe ricorso al metodo intraperitoneale, che allorquando gli antisettici modificarono tutto il processo operatorio. Egli prese grande cura d'includere il peritoneo nella sutura nella riunione dell'incisione addominale — pratica questa basata sui risultati di scientifiche sperimentazioni, chiaramente dimostrati dalle sue preparazioni (conservate nel Museo del Collegio dei Chirurghi), le quali rappresentano i risultati delle suture nell'unione delle ferite addominali negli animali. Egli non insistette sull'amministrazione dell'oppio dopo l'operazione, le quante volte non era grandemente indicato; e si mostrò contrario alla temperatura soffocante dell'ambiente durante l'operazione. Oltre alla libera pubblicità delle statistiche innanzi alla reale Società medico-chirurgica, egli espose innanzi alla Societa patologica non solo gli esemplari illustrativi di anomalie nelle malattie delle ovaje, e dei casi più rari di tumori pelvici, ai quali ogni operatore deve essere preparato, qualunque ne fosse stato il risultamento: e tutto ciò fino a tanto che l'operazione fu interamente riconosciuta per legittimata.

Ma quale è il frutto di tutto questo lavoro, oltre a quello che è compenetrato nel fatto di una operazione come questa, praticata da un solo in mille casi? Nei 500 primi casi del sig. Wells, 373 operate guarirono, e morirono 127 — mortalità del 24,4 p. 0[0. Intanto grandi risultati pratici seguirono i suoi sforzi: e diversi imitatori cominciarono a praticare l'ovariotomia seguendo le sue avvertenze, ed ottennero dei felici risultati. Nei successivi 300 casi, 223 operate guarirono e 77 morirono — mortalità del 25,6 p. 0[0. 83 guarirono negli altri 117 casi, ossia ne morirono il 17 p. 0[0. Negli ultimi due anni, in cui il sig. Wells operò al *Samaritan Hospital*, il reale campo di battaglia delle sue vittorie consistette in questo, che il 90 p. 0[0 delle curate in quell'ospitale guarirono. Finalmente degli ultimi 100 casi 89 guarirono, ossia l'11 p. 0[0 soltanto morirono. Nel 1878, poco prima di aver completati i 900 casi, egli adottò il metodo antisettico. — Il totale delle guarigioni è di 768, e quello delle morti di 232 — mortalità del 23,2 p. 0[0: ma a giudicare rettamente queste statistiche, la minore mortalità del 11 p. 0[0 negli ultimi 100 casi, dacchè l'operazione venne eseguita colle precauzioni antisettiche, si deve accettare per una media, che possiamo sperare di vedere in seguito maggiormente diminuire; e per esser giusti coll'operatore, non dobbiamo passare sotto silenzio che per ragioni ovvie molti degli ultimi casi sono stati grandemente complicati, dacchè altri chirurghi si accinsero ad operazioni in casi più semplici, i quali alcuni anni innanzi sarebbero stati devoluti al sig. Wells.

Lord Selborne in una pubblica riunione dimostrò qualmente le 373 guarigioni ottenute dal sig. Wells nei primi 500 casi, rappresentavano un totale guadagno di 10,817 anni di vita umana. Col medesimo calcolo moltiplicando le 768 guarigioni per 20 (numero che rappresenta per la Società d'Assicurazione della Vita la media vitalità dell'uomo), tro-

viamo che 22,272 anni di umana vita si possono ritenere conservati alla società dall'opera diretta del sig. Spencer Wells. A queste ed alle precedenti osservazioni non occorre il commento. Senza disprezzare, tanto i passati iniziatori, quanto i presenti esecutori dell'Ovariotomia, possiamo affermare che il sig. Spencer Wells ha riscossa l'operazione dal discredito in cui era caduta, e l'ha stabilita, per unanime consenso dei chirurghi nazionali ed esteri, quale operazione completamente legittimata e meravigliosamente felice.

D. Peruzzi, traduttore.

Congresso di Beneficenza. — Gli argomenti de' quali si è occupato il Congresso e che maggiormente si attengono alla Medicina pubblica ed all'Igiene sono quelli relativi alla *Beneficenza* avente caratteri *e rapporti d'ordine pubblico* (2.ª Categoria) ed alla *Beneficenza ospitaliera e sanitaria* (3.ª Categoria). Il Tema della prima era:

« Della assistenza alla Infanzia abbandonata. — Necessità o meno dei « Brefotrofi e loro rapporto colla legislazione civile. — Principj gene« rali dal punto di veduta internazionale, morale, amministrativo e sa« nitario desiderabili nel loro ordinamento. »

L'egregio Relatore Dott. Cav. Romolo Griffini scendeva nella diligente e copiosa relazione a queste conclusioni:

1° Nulla persuade ad abolire i brefotrofi esistenti, come istituti destinati alla infanzia abbandonata, a quest'uopo specialmente preparati e organizzati, savio il fornirli largamente dei mezzi atti a raggiungere lo scopo.

2.° Nella convinzione che ai bambini accolti nei brefotrofi non sia per difettare la dovuta assistenza igienica e sanitaria, vuolsi sia resa obbligatoria per legge una attiva sorveglianza degli infanti collocati all'esterno, a mezzo dei Sindaci, delle Commissioni sanitarie municipali, dei Consigli sanitarj di circondario e provinciali, e sia promossa la formazione di società private e di comitati locali di sorveglianza e di protezione.

3.° A prevenire l'abbandono di bambini è desiderabile che soccorsi di baliatico e di allevamento siano conferiti dalla beneficenza pubblica alle figlie-madri povere, che hanno riconosciuto la prole naturale, ed agli stessi padri naturali che le prestano assistenza, quando versino in istato di miserabilità comprovata.

4.° È bene si estendano sempre più i soccorsi di baliatico a favore delle madri legittime povere, che attendono all'allattamento del proprio bambino, o per impotenza fisica l'hanno affidato ad altra nutrice, onde possano sorvegliarne l'allevamento.

5.° È da favorirsi la istituzione dei presepj pei bambini lattanti e slattati — sotto la rigorosa osservanza delle regole igieniche e sanitarie — onde agevolare alle madri l'allattamento e l'allevamento dei proprii figli.

6.° Laddove i brefotrofi non hanno redditi sufficienti per mantenersi da sè stessi come opere pie, non si ravvisa inopportuno che siano amministrati, come istituti provinciali, per cura delle Provincie che ne fanno le spese.

7.° Il Congresso approva la chiusura dei torni avvenuta in Francia ed in Italia, e preferisce che questa misura vada generalizzandosi, anzi che far voti per la loro restituzione.

8.° Nello stato attuale della legislazione in Italia, il sistema delle inchieste a domicilio sulla derivazione dei figli d' ignoti, non si ritiene ammissibile, perchè illegale, fonte di vessazioni personali e di questioni amministrative inestricabili.

9.° Alla ricerca della maternità è preferibile la dichiarazione obbligatoria della maternità stessa all'ufficio di stato civile, cogli effetti legali del riconoscimento. Con essa si assicura ai bambini illegittimi il nome e la famiglia, l'assistenza della madre e la reale competenza al soccorso, nei casi di morte, di povertà e d'impedimento della madre.

10.° La ricerca della paternità merita di essere autorizzata ed inscritta nei codici dai quali fu cancellata od omessa.

11.° Il Congresso esprime il voto che una legislazione uniforme regoli presso le nazioni civili la iscrizione delle nascite e la tenuta dei registri di stato civile.

12.° Augura finalmente che, come complemento a tali disposizioni, una convenzione internazionale intervenga a definire i rapporti risguardanti l' assistenza agli infanti abbandonati appartenenti ad estero Stato.

Il Tema dell'altra categoria riguardava l'*assistenza sanitaria dei poveri a domicilio* e venne svolto dal prof. A. Corradi: di esso parleremo nel prossimo fascicolo.

Castrazione delle donne. — Da una diligente rivista del dottor Paolo Osterloh di Dresda sopra quest'argomento, inserita nel fascicolo 5.° degli *Schmidt's Jahrbücher* di quest' anno (pag. 193) leviamo le seguenti notizie:

38 gli operatori, 128 le operazioni, 23 le morti = 17.9 per 100. Di quelle 128 operazioni 22 vennero fatte per la vagina, 106 aprendo il ventre: le prime ebbero 3 morti (13.6 per 100), le altre 20 (18.8). Il solo Hegar ha fatto 42 volte quest' operazione tenendo la via addominale, il Battey 12 per la via della vagina: entrambi ebbero proporzionatamente la stessa mortalità (16 per 100). Tenendo conto delle indicazioni che le suggerirono, le operazioni stesse si distinguono a questo modo:

17 per piccoli tumori delle ovaje;
6 per malattie d'utero, retroflessioni, ecc.;
6 per vizj di sviluppo dei genitali, atresie congenite;
10 per malattie delle tube, perioöforite;

36 per ooforite cronica, nevralgia delle ovaje, degenerazione di piccole cisti;

18 per amenorrea, dismenorrea, vomito mestruale, isterismo, istero-epilessia, ninfomania;

35 per fibro-mioma dell'utero; emorragie.

In 59 casi venne tenuto nota come la mestruazione procedeva dopo l'operazione, e trovossi che nella maggior parte de' casi ne seguiva la *menopausa*, confermando così che quella funzione dipende dalla ovulazione.

Il dott. Osterloh fa notare che, sebbene il dott. Roberto Battey abbia il merito di aver proposto e sostenuto fin dal 1872 l'estirpazione delle ovaje sane come rimedio di malattie che altrimenti rimarrebbero insanabili, il prof. Hegar è veramente quello che ha dato fondamento scientifico all'operazione. Gli stessi inglesi ed americani vanno oggi sostituendo alla denominazione di *operazione di Battey*, l'altra di *spayng*, che vuol dire appunto *castratura*, dallo stesso Hegar preferita siccome quella che esprime l'effetto o lo scopo dell'atto operativo. E per vero il dirla *operazione di Battey* non sarebbe secondo l'Aveling nè giusto nè esatto, perocchè prima assai del ginecologo americano (di Roma nella Georgia) Giacomo Blundell, lettore di fisiologia e d'ostetricia nell'Ospitale di S. Tommaso e nell'altro di Guy di Londra, l'avrebbe suggerita in una dissertazione letta alla R. Società medico-chirurgica di Londra. Ma, volendo esser qui, bisogna soggiungere che, in questa memoria era soltanto avvertito che le ovaje, la milza e l'utero potrebbero essere senza danno estirpati, come gli esperimenti fatti dallo stesso Blundell sugli animali provavano.

Idrofobia. — Varj casi di rabbia si sono lamentati in quest'estate in parecchie nostre città ed anche qui in Milano un'infelice morso nei dintorni dovè invocare testè il soccorso del nostro grande Ospitale; ma più che questi casi mosse certa apprensione la conclusione che si volle tirare da alcuni esperimenti del Raynaud, che cioè, che il tremendo morbo sia trasmissibile non solo *dall'uomo agli animali*, *ma anche da uomo ad uomo*. Se non che come osserva il prof. Lussana, la conclusione può in verun modo dedursi dai fatti dallo stesso Raynaud esposti. E per vero inoculava questi nei conigli la saliva ed il detrito della glandola salivale di un uomo preso da rabbia canina, e vedeva seguire in quegli animali sintomi rabidi e morte; non così inoculando il sangue dell'infermo medesimo. E però lo stesso Lussana notava che se è possibile, sebbene *difficile e raro avvenimento*, la trasmissione dell'idrofobia dall'uomo ai cani ed ai conigli col mezzo della saliva, niun fatto sinora prova che altrettanto possa avvenire col sangue dell'uomo. « Si hanno solamente i risultati di Hertwig, Dupuytren e Breschet e Magendie intorno alla trasmissione della rabbia per mezzo del sangue *tra cani e cani*; ed anche questi risultati sono differenti. Secondo

Hertwig *anche il sangue dei cani idrofobi* può trasmettere il male per *inoculazione in altri cani.* Al contrario, Dupuytren, Breschet e Magendie non poterono inoculare la rabbia *sfregando sulle ferite di cani il sangue tolto a cani idrofobi*: e non ebbero la produzione dell'idrofobia nemmeno coll'*injettare immediatamente nelle vene di cani sani il sangue tolto da cani idrofobi*; i cani operati furono tenuti in osservazione per un tempo abbastanza lungo da togliere ogni dubbio (1).

« L'argomento della trasmissione dell'idrofobia dall'uomo agli animali coll'*inoculazione del sangue* è pressochè nuovo; affatto nuovo è poi quello colla *trasmissione del sangue dall'uomo nelle vene dei cani.* Le poche prove da me istituite parrebbero confermare che il sangue può servire di veicolo alla trasmissione del veleno rabido dall'uomo ai cani per la via diretta delle vene. Ma in questa trasmissione avrebbe luogo una attenuazione della forza del veleno medesimo; resterebbero sempre analoghi i sintomi caratteristici ed analoga la fase di incubazione. » (*Gazz. Med. Prov. Venete*, 1880, p. 270).

Quindi soggiungeva che egli pure ebbe a ferirsi, e profondamente, nel polpastrello del dito indice sinistro quando stava eseguendo le predette trasfusioni del liquido sanguigno di persona morta d'idrofobia nelle vene dei cani, ed il dito era certamente rimasto bagnato a lungo dal liquido stesso durante le operazioni; ciò nondimeno niun effetto sinistro aveva egli patito sebbene sei mesi fossero trascorsi. I fatti pure persuadono che nemmeno la saliva dell'ammalato portata direttamente sulla cute e sulle mucose d'altre persone valga a comunicare la malattia. Memorabile è il caso narrato dal dott. Guala, e ricordato dal prof. Corradi nella *Storia dell' igiene pubblica in Italia in questi ultimi tempi*: ebbe quegli a curare nell'ospitale di Brescia un idrofobo, il quale prima di staccarsi dalla propria moglie vòlle accoppiarvisi, avendola già durante la notte investita con incredibile forza per ben cinque volte in sei ore; nè alla donna per quegli abbracciamenti venne alcun male.

E però nella cura ed assistenza degl' idrofobi alla paura subentri la pietà, tanto più devota e soccorritrice che la scienza le assicura l'incolumità.

Opere presentate alla Direzione degli *Annali Universali di Medicina*.

R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti riuniti di Firenze. — Rendimento di conti dell'anno 1878. Firenze, « Gazzetta d'Italia », 1880.

---

(1) « Dictionnaire des sciences médicales », ecc. T. 47, p. 63, 64.

« Bollettino di notizie agrarie. » (Servizio meteorico-agrario). Anno II, N. 1 a 37.

Città di Torino. — « Regolamento dei servizii sanitarii municipali. » Torino, Botta, 1879.

« Istruzioni per l' esecuzione del Regolamento del servizio sanitario di Beneficenza. » Ivi, 1880.

Comune di Milano. « Bollettino necrologico mensile » (da gennajo a giugno 1880).

« 1.er Congrès International de laryngologie a Milan. » Programme et Règlement provisoire.

« Documenti sul latte delle latterie milanesi aperte nelle principali città d'Italia della ditta Böhringer, Mylius e C.ª» Genova, Tip. del Commercio, 1880.

Municipio di Reggio-Calabria. — « Rassegna mensile del Movimento di Stato Civile », pubblicata per cura dell'Ufficio di Statistica. (Settembre-Dicembre 1879).

« Istruzioni per l'esecuzione del Regolamento del servizio sanitario di beneficenza. » Approvate dalla Giunta Municipale di Torino il 12 febbrajo 1880. Torino 1880.

« Regolamento di servizii sanitarii municipali approvato dal Consiglio Comunale di Torino in seduta del 14 maggio 1879. » Torino 1879.

« Società per la cremazione dei cadaveri. » Milano.

« La cremazione della salma del professore Giovanni Polli. » Milano 1880.

Ville de Bruxelles. — Instruction scolaire. — « Instructions sommaires sur les premiers symptomes des maladies trasmissibles formulées, etc. » Bruxelles 1880.

Ville de Bruxelles. — « Hygiène du premier âge. » Conseils aux mères de famille. Bruxelles 1880.

Adriani Roberto. « La pellagra nella Provincia dell'Umbria. » Relazione all'Accademia medico-chirurgica di Perugia. Perugia. Boncompagni, 1880.

Albertoni P. « Contributo alla fisiologia del feto e del neonato. » « Sperimentale. » Giugno 1880.

Albertoni P. « Del veneficio per pilocarpina. » Esperienze, Genova 1880.

Bassi Ugo. « Emorragia ed embolismo cerebrale. » Note differenziali. Padova 1880.

Berquem. « De la surveillance de l'état, au point de vue de la santé publique et de la police médicale, sur tous les établissements, mines, usines, manifactures, ateliers dont la concession ou l'installation dépendent des pouvoirs administratifs. » Rapport fait au nom d'une Commission à la Société royale de Médecine publique de Belgique. Bruxelles, Lavelleye-Moreau 1880.

Bizio Giovanni, « Relazione sui premj scientifici ed industriali. »

Letta nella pubblica solenne adunanza del R. Istituto Veneto di Scienze Lettere ed arti del 15 agosto 1880. Venezia 188. Dalla « Gazzetta di Venezia.

Buratti Carlo. « Sommario storico degli Studj della Associazione pedagogica italiana dalla sua fondazione a tutto il 1875, ecc. » Milano 1877.

Buccola e Seppilli. « Sulle modificazioni sperimentali della sensibilità e sulle teorie relative. » Nota preventiva. Reggio nell' Emilia, Calderini 1880. « Rivista sperimentale di Freniatria. »

Cesari Giuseppe. « Prelezione al corso libero di materia medica nella R. Università di Modena. » Modena, Monetie Namias, 1880, 8.°

Chiara Domenico. « La quianta ovaro-isterotomia cesarea (metodo Porro) nell'Ospizio di S. Caterina in Milano con esito felice per la madre e pel bambino. » Milano 1879. « Annali d'Ostetricia e Ginecologia. »

— « Qua e là per il registro clinico dell' anno 1878. » Lettere rendiconto. Milano 1880. Ivi.

« Cistoma multiloculare dermoide dell'ovaja sinistra. » Ivi.

« Ovarcectomia eseguita del prof. cav. Domenico Chiara. » — Osservazione raccolta dal dott. Paolo Negri. Ivi.

« Miscellanea di Ginecologia. » — « Tre casi clinici. » Ivi.

Chirone Vincenzo. « Una parola intorno alla patogenesi della epilessia. » Lettera all'esimio prof. L. Luciani. « Raccoglitore Medico » , 1880.

Chirone Vincenzo. « Di un nuovo criterio per determinare con vigore scientifico il valore relativo dei diversi antisettici. » Ricerche sperimentali. Bologna, Gamberini e Parmeggiani 1880. « Bullett. delle scienze mediche. »

Chirone Vincenzo e Cùrci Antonio. « Azione della chinina sulla sensibilità e suo potere tossico. » Ricerche sperimentali. Napoli 1880.

Corona A. e Fanzago F. « Sulla rana esculenta Linn. importata in Sardegna. » Nota. Modena, Vincenzi 1880. Dallo « Spallanzani. »

Corona Augusto. « Resoconto delle lezioni e delle esperienze eseguite nell'Istituto fisiologica della R. Università di Sassari durante il biennio scolastico 1878-79, 1879-80. » Modena, Vincenzi 1880.

Corona. « Note sperimentali sulla injezione dell' olio nelle vene e pel possibile emulsionamento dei grassi per parte della saliva zigomatica del cane e della saliva mista orale dell' uomo. » « Giornale internazionale delle scienze mediche », 1880.

De Giovanni A. « Sopra alcuni fatti clinici concernente la patologia del ventricolo del cuore. » Napoli, Detken 1880. « Giorn. internazionale delle scienze med. »

De Giovanni A. « Intorno alle indicazioni del salasso nella pneumonite. » Lezione clinica. Sunto del dottor P. Pennato. Padova, Prosperini 1880.

De Renzi Enrico. « Sulla catafasia. » Napoli, Detken 1879. « Giorn. intern. delle Scienze med. »

De Renzi Enrico. « Studii di Clinica medica compiuti durante l'anno scolastico 1878-79. » Ivi.

Foà Pio e Pellacani Paolo. « Studii sulla fisio-patologia del sangue e dei vasi sanguigni. » Modena, Soc. Tipogr. 1886. « Atti della R. Accad. di Scienze, Lettere ed Arti. » T. XX.

Foà Pio e Pellacani Paolo. « Contribuzione allo studio della coagulazione del sangue. » 1.ª Comunicazione. Bologna, Garagnani 1880. « Rivista Clinica. »

Foà e Salvioli. « L'ematopoesi epatica nel 1.° mese di vita estrauterina. » « Riv. Sper. di Fren. Méd. Leg. » Aeggio Emilia 1880.

Gritti R. « Relazione sull'andamento morale ed economico della guardia medico-chirurgica notturna. » Modena, Tip. del Patronato 1880.

Hamoir M. « Société roy. de Médecine publ. de Belgique, etc. 5.me Question. » — « De l'influence résultant pour la santé publique dans les campagnes de la construction et de la disposition vicieuses des citernes a Purin. » Bruxelles 1880.

Harris Robert P. « The results of the first fifty cases of Caesarean ovaro-hysterectomy », 1869-1880. « Amer. Journal. Med. Sc. » 1870.

Harris Robert. « Do Close Adhesions between the Uterus and Abdominal Wall: the Uterus, or its Appendages, and Adjacent Parts withiin the Pelvis: and Between the Uterus and Omentum, complicate subsequent Gestation and Parturition ? » « Americ. Journ. of medic. Scien. »

Janssens E. « Notice sur le dépôt mortuaire de la ville de Bruxelles. » « Bull. Acad. Roy. Médec. »

Janssens J. « Des dispositions à prendre par les administrations communales pour réduire à son minimum la propagation des maladies contagieuses et spécialement de la *variole*. Rapport fait au nom d'une commission à la Société royale de Médecine publique de Belgique. » Bruxelles, Lavelleye-Moreau 1880.

Labus Carlo. « Sullo scorticamento delle cordi vocali. » Milano 1880.

Macari F. « R. Clinica Ostetrica della Città di Genova. » Anno scol. 1879-80.

Macchiavelli Paolo. « Contributo allo studio delle malattie uretrovescicali. — Stringimenti uretrali multipli. — Cistite cronica e seni fistolosi perineali. » Napoli, Delken 1880. « Giorn. internaz. delle Scienze mediche. »

Mangiagalli Luigi. « Osservazione di amputazione cesarea utero-ovarica (metodo Porro) con esito felice pel bambino e per la madre. » Milano 1879. « Annali d'Ostetricia. »

— « Sulle indicazioni assolute e relative del taglio cesareo (metodo Porro). » Conferenza. Milano 1880. Ivi.

— « Trasfusione di sangue dal peritoneo. » Milano 1880. Ivi.

Mazzotti Luigi. « Francesco Bizzoli. » « Riv. Clin. » 1880.

Mazzotti Luigi. « Un caso di terza dentizione. » Bologna, Parmeggiani e Gamberini 1880. « Bullett. delle Scienze med. »

Michelacci Michele. « I clisteri nutritivi e l'alimentazione per il retto. » Memoria. Firenze, Tipografia Cenniniana 1880. « Lo Sperimentale. »

Minich Angelo. « Sulla lussazione divergente antero-posteriore del cubito. » Memoria. Venezia, Antonelli 1880.

— « Cura antisettica di Lister. » Nota clinica. Ivi.

— « Sulla risipola. » Nota clinica. Ivi.

Nélaton. « Elementi di Patologia chirurgica. » 3.ª edizione italiana riveduta e corretta sull'ultime edizione francese del Péau con note ed aggiunte del prof. A, D'Antona. Vol. III, Disp. 5.ª e 8.ª

Orsi Francesco. « Lezioni di Patologia e Terapia speciale medica. » Milano, Faverio 1880.' Vol. II, Fasc. 14.°, 15.°

Passigli Enrico. « Parole pronunziate sul feretro del dottor cav. Amerigo Borgiotti. » Firenze, Tip. della « Gazz. del Popolo » 1880.

Pellacani Paolo. « Osservazioni di Anatomia patologica. » « Rivista clinica di Bologna. » Bologna. Guragnani 1980.

— « Sull'azione tossica delle diluzioni acquose degli organi freschi. » Reggio, Calderini 1880. « Rivista di Freniatria sperimentale. »

Raggi Antigono. « Rendiconto statistico sul Manicomio Provinciale di Pavia in Voghera per l'anno amministrativo 1879-80. » Pavia, Bizzoni 1880, 4.°

Ravel Antoine Luc Pierre. « Jésuites et Médecins. » Lyon, Albert 1880.

— « Réfutation d'un passage de François Vincent Raspail relatif au Concile de Trente. » Paris, Parent 1879. « Extrait de l'Art Médical. »

Riva Alberto. « Perugia e le malattie infettive epidemiche. » Discorso inaugurale. Perugia, Santucci 1880. « Annuario della libera Università di Perugia pel 1870-80.

Ruggi G. « Dell'uso di uno speculum addominale dopo eseguita l'ovariotomia. » Lettera terza al dott. D. Peruzzi. « Raccoglitore Medico » 1880.

Scalzi Francesco. « Nuovo indirizzo alla Tossicologia Sperimentale. » Roma 1879.

Scalzi Filippo. « Riepilogo delle lezioni sperimentali di farmacologia e tossicologia. » Roma 1880.

Tamassia Arrigo. « Sulla putrefazione del fegato. » Ricerche sperimentali di Medicina forense. Reggio nell' Emilia. Calderini 1880. « Rivista sperimentale di Freniatria. »

Tamburini Augusto. « Sulla genesi delle allucinazioni. » Reggio nell'Emilia, Calderini 1890. « Rivista sperimentale di Freniatria. »

Taruffi Cesare. « Nota storica sulla polimelia delle rane. » Milano, Bernardoni, 1880. « Atti della Società italiana di Scienze naturali. »

— « Frammenti storici sulla 3.ª dentizione. » Bologna, Parmeggiani 1880. « Bullett. delle Scienze Med. »

Taylor Isaac E. « Gastro-hyteroctomy or the recent modification of the caesarean section by doct. Porro. » « Extracted from the American Journal of the Medical Sciences » for July 1880.

Testa Baldassare. « Ricerche sperimentali sull' azione tossica della santonina. » Messina, Tip. del « Progresso », 1880.

Verneuil A. « Mémoires de Chirurgie. » Tome 2.me — « Amputations: doctrine septicémique: pansements antiseptiques. » Paris 1880.

Vecchi Giovanni. « Della efficacia del salice nella cura delle febbri intermittenti e degl'infarti viscerali. » Milano, Bechiedei 1880. « Ann. Univ. di Med. » Vol. 251.

Vitali Dioscoride. « Studio tossicologico sull' atropina e sulla daturina. » Milano, Tip. del « Riformatorio » 1880. « Bollettino farmac. »

Wundt Guglielmo. « Trattato di fisiologia umana. » Trad. ital. di V. Meyer. Fasc. 9, 10, 11. Napoli 1880.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA D'ANATOMIA PATOLOGICA

del prof. G. WEISS di Ferrara.

RELAZIONE

degli argomenti trattati nel 9.° Congresso dell'Associazione dei Chirurghi tedeschi tenuto dal 7 al 10 aprile 1880

(Appendice al N. 20 1880 del *Centralblatt für Chirurgie*)

tradotta dal dott. VITTORIO CAVAGNIS

BIBLIOGRAFIA.

VARIETÀ.

RIVISTA D'ANATOMIA

del Prof. G. ZOJA (1).

Anatomia normale.

H. Beaunis e A. Bouchard — *Nuovi elementi d'anatomia descrittiva.*
C. F. T. Krause — *Manuale di anatomia umana* (2.° volume).
» » » (3.° volume).
V. Vitali — *Studio statistico sui fori parietali.*
A. Landerer — *Azione inspiratoria del muscolo serrato posteriore inferiore.*
G. Schwalbe — *Sulla legge d'ingresso dei nervi nei muscoli.*
G. Zoja — *Il Gabinetto d'anatomia normale della R. Università di Pavia. — Serie F. — Nevrologia.*
A. Monselise — *Le pieghe degli emisferi cerebrali.*
G. Zoja — *Ricerche anatomiche sull'Appendice della ghiandola tiroidea.*
G. Zoja — *L'Appendice della ghiandola tiroidea nel Cynocephalus babouin.*
H. Hadyi — *Sopra un lobicino accessorio della ghiandola tiroidea.*
A. Merten — *Cenno storico sulla scoperta della ghiandola sopraioidea.*
Ch. Remy — *Sullo stato anatomico del cuojo capelluto, raffrontato nelle varie età della vita ed in alcune condizioni patologiche.*
Th. Ewetsky — *Contribuzioni all'embriologia dell'occhio.*
N. Lieberkühn — *Contribuzioni all'anatomia dell'occhio nell'embrione.*
G. Broesike — *Un nuovo metodo d'applicazione del liquido conservatore del Wickersheimer.*

Anatomia anomala.

T. Bachhammer — *Di alcune varietà del corpo umano.*
C. Taruffi — *Scheletro con prosopoectasia e tredici vertebre dorsali.*
L. Calori — *Dell'abnorme separazione della porzione squamosa dalle altre dell'osso temporale nell'uomo adulto, di alcuni particolari intorno alle varietà delle cellule mastoidee e del forame di Rivino.*
C. Taruffi — *Delle anomalie dell'osso malare.*

---

(1) Colla collaborazione dei dottori L. Tenchini e G. Cesaris.

Chr. Aeby — *Varietà della colonna vertebrale nell'uomo secondo l'età.*

V. Vitali — *Sopra alcuni casi di articolazione dell'odontoide coll'occipitale nell'uomo.*

W. Allen — *Sopra alcune varietà dell'atlante nell'uomo.*

L. Tenchini — *Di un nuovo muscolo soprannumerario (costo-omerale) del braccio.*

G. Sperino — *Nuove anastomosi tra il sistema della vena porta ed il sistema venoso generale.*

G. Cesaris — *Rara coincidenza d'anomalia dell'arteria succlavia destra e dell'arteria vertebrale destra.*

F. Marzolo — *Intorno ad una famiglia di sedigiti.*

Wenzel-Gruber — *Notizie anatomiche.*

Anatomia topografica.

E. Mortara — *Lezioni di anatomia topografica.*

G. Sapolini — *L'area della sella turcica.*

C. Morel — *Il cervello — la sua topografia anatomica.*

Anatomia normale.

H. Beaunis e A. Bouchard. — **Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie.** (*Nuovi elementi d'anatomia descrittiva e d'embriologia*). Paris, 1879 (Troisième édition).

Questo aureo libro, tanto utile per chi si inizia allo studio dell'anatomia, è comparso nella terza edizione.

Beaunis e Bouchard sentirono il bisogno di aggiungere all'Opera le ultime conoscenze di anatomia, massime per ciò che riguarda l'istologia, e lo fecero come pochi sanno, colla usata chiarezza e precisione.

Furono incise parecchie nuove *Tavole* illustrative, specialmente sull'encefalo, pel quale gli autori ricorsero spesso, e assai opportunamente, a *figure* schematiche, sì che l'apprendimento della difficile materia fu di molto agevolato. Così pure riprodussero *a colori* i disegni dell'angiologia: sono tali da gareggiare con quelli che si trovano nei migliori trattati moderni.

Molti errori di stampa, che si trovavano nelle precedenti edizioni del libro, furono levati: ci duole però non sian stati corretti tutti e massime la *figura* sull'encefalo a pag. 556, nella quale trovansi evidentemente male collocati i numeri 3 e 4. È a desiderarsi che tale menda venga, con un'altra ristampa del pregievolissimo trattato, evitata, tanto più che il libro, per sua natura, è nelle mani di quasi tutti gli studiosi.

C. F. T. Krause. — **Handbuch der menschlichen Anatomie. Zweiter Band. Specielle und macroscopische Anatomie.** (*Manuale di Anatomia umana. Secondo volume, Anatomia speciale e macroscopica*) Hannover 1879.

È la terza edizione del secondo volume del Manuale di Anatomia umana, nel quale l'Autore tratta dell'Anatomia speciale e macroscopica, avendo esposto nella prima parte l'Anatomia generale e microscopica. È un volume di 944 pagine con 571 figure, di cui una buona parte sono nuove e tratte da preparati appositamente eseguiti sul cadavere. La materia v'è esposta, sebbene nell'insieme, più succintamente che in altri manuali moderni, ma in modo chiaro ed esatto, avendo l'Autore procurato di fornire per sopra più agli studiosi un ricco corredo delle vario nomenclature più usate e in tedesco e in latino, sia nel contesto dei varii capitoli, sia in note speciali. Le figure, se non molto eleganti, certamente molto chiare ed istruttive, sono accompagnate da apposite e diligenti spiegazioni, oltre le indicazioni intercalate nel testo, di guisa che lo studioso vi può trovare un valido ajuto tanto per comprendere i più difficili punti dell'anatomia, quanto per le preparazioni anatomiche sul cadavere.

La ripartizione della materia si stacca forse per noi un po' troppo dalla norma seguita dai trattatisti più usati nelle nostre scuole. L'Autore vi premette un'introduzione, dove, esposte le nozioni generali sull'anatomia umana, fornisce utili spiegazioni sulla terminologia anatomica, per ciò specialmente che riguarda le varie direzioni dei piani, dei diametri, delle superfici, e sulla divisione delle varie parti dell'organismo umano. Vi unisce poi uno sguardo generale sulle forme esterne del corpo, accennando alle principali regioni del medesimo, con molte misure di peso e dimensione del corpo intero e delle sue varie sezioni, desunte dalla media di molte misure, e raccolte tutte, per comodità dello studioso, in apposito specchietto.

Ecco poi la ripartizione generale dell'anatomia seguita dall'Autore, Osteologia e Sindesmologia — Miologia — Splancnologia, nella quale il Krause comprende anche il trattato dei sensi o Estesiologia, che anzi lo fa precedere alla Splancnologia propriamente detta — Angiologia — Nevrologia.

A ciascuna di queste grandi sezioni dell'anatomia l'Autore premette un esteso cenno di nozioni generali sulle medesime rispetto alla configurazione, struttura, numero, rapporti, ecc., dei singoli organi componenti i varii sistemi o apparecchi. La prima grande sezione poi è suddivisa nei seguenti capitoli: ossa del cranio e della faccia, colonna vertebrale, ossa del torace, ossa degli arti superiori, degli arti inferiori. Ad ogni sottosezione, oltre la descrizione delle relative articolazioni, fa seguito un capitolo di nozioni generali sull'assieme delle ossa delle varie sezioni, con considerazioni di molto valore e copiose misure fatte sui varii diametri e sulle varie circonferenze, specialmente per ciò

che riguarda il cranio, il torace, la colonna vertebrale e la pelvi, non che il modo di loro sviluppo colle modificazioni successive.

La *Miologia* è ripartita in muscoli del capo, della parte antero-laterale del collo, della nuca, del dorso e dei lombi, del torace, degli arti superiori, dell'addome, compresovi il diaframma, delle estremità inferiori.

La *Splancnologia* è divisa in cinque parti. La prima comprende, come abbiamo detto, gli apparecchi dei sensi (Sinnes-Apparate), la seconda gli organi respiratori, i digerenti e così di seguito gli uropojetici, i genitali. Negli apparecchi dei sensi l'Autore tratta dapprima della pelle e delle mucose, poi dell'orecchio, dell'occhio, del naso, e dell'apparecchio del gusto, nel quale in una colla lingua espone la trattazione di tutta la bocca coi denti e le ghiandole salivali. Nell'apparecchio respiratorio mette la descrizione della ghiandala tiroidea e del timo. Nell'apparecchio digerente, distinto in organi della ingestione e in quelli della chilificazione, descrive anche il fegato, il pancreas e la milza; nell'apparecchio genitale descrive anche la mammella. Infine dà uno sguardo generale sulla cavità addominale e pelvica, non che la descrizione del perineo e del peritoneo. Molto a proposito e vantaggioso è un breve cenno di fisiologia che l'Autore aggiunge alla descrizione di quasi tutti i visceri o gli organi della splancnologia.

L'Angiologia, preceduta dal solito cenno sulle generalità, è distinta nei capitoli riguardanti il cuore; i vasi della grande circolazione, ossia il sistema dell'aorta e delle vene cave, compresevi la vena porta e le epatiche, i vasi della piccola circolazione, ossia arteria e vene polmonari, infine il sistema linfatico.

Molto estese e importanti sono le nozioni generali (*allgemeine Neurologie*), che precedono la trattazione della neurologia. per ciò specialmente che spetta allo sviluppo dei centri nervosi. La neurologia speciale poi, distinta in sistema nervoso centrale e periferico, comincia colla trattazione del midollo spinale, poi dell'encefalo, che comprende il midollo oblungato, il ponte di Varolio, il cervelletto e il cervello; quest'ultimo è descritto assai estesamente, specialmente rispetto agli oggetti interni, alle circonvoluzioni e alla struttura. Segue poi la descrizione delle meningi cefalo-rachidiane, dei nervi cerebrali e spinali e finalmente il sistema dei nervi simpatici.

In tanta abbondanza di trattati di anatomia umana, questo del Krause, tenuto calcolo della piccola mole del volume, è certamente uno dei migliori in vista specialmente della precisione e chiarezza dell'esposizione, all'interessante raccolta di sinonimie anatomiche tedesche e latine, dell'estensione delle cognizioni generali premesse alla trattazione delle singole sezioni in rapporto cogli ultimi progressi della fisiologia e dell'embriologia.

T. Krause. — **Handbuch der menschlichen Anatomie.** Dritter Band. (*Manuale di anatomia umana.* Volume terzo). Hannover 1880.

Il terzo volume del Manuale di Anatomia umana del Krause, uscito alla luce testè nella sua terza edizione, costituisce più che una parte integrante dell' opera, un supplemento a qualunque trattato di anatomia (« Ein Supplement zu jedem Lehrbuche der Anatomie »), come precisamente lo chiama l' Autore. E come tale presenta una grandissima utilità per gli studenti, i medici e i chirurghi pratici e i medici legali, per i quali appunto l'Autore dice di averlo compilato. È un volume di 330 pagine con venticinque incisioni in legno. La materia vi è distribuita in cinque parti. Anatomia delle razze — Movimenti — Omologia degli arti — Varietà — Tabelle anatomiche.

La prima parte è un breve cenno di Antropologia, in cui l' Autore si occupa dell'esame del cranio (Cranioscopie et Craniometrie) e della faccia in rapporto ai varii diametri, alle circonferenze, alla capacità; del colore degli occhi e dei capelli, nelle varie suddivisioni della razza tedesca. Aggiunge poi poche parole sulla pelvi, sugli arti non che su tutte le parti molli del corpo umano.

Nella seconda parte dà uno sguardo all'attività muscolare nei movimenti più importanti, sì semplici come complicati. Ond' è che a mano a mano viene a trattare dei movimenti dei muscoli della faccia, della masticazione, dei muscoli joidei, di quelli della colonna vertebrale, del torace e degli arti; e in seguito tratta dell' inclinazione e rotazione di tutto il corpo, della posizione eretta, del sedersi e dell' inginocchiarsi, del camminare e del correre, del salire, del pattinare, del nuotare, del ballare, ecc.

Nolla 3.ª parte istituisce un parallelo fra gli arti superiori e gli inferiori, rilevandone le analogie e le differenze rispetto allo scheletro, ai muscoli, ai vasi e ai nervi.

Del massimo interesse è la quarta parte che versa sulle varie anomalie del corpo umano. Dato un cenno generale sulle medesime, l' Autore viene a trattare delle principali anomalie dei varii sistemi e apparecchi. Le anomalie delle ossa sono distinte in cinque classi: esistenza di qualche osso soprannumerario saldato o meno con qualche osso vicino e divisione di un osso normale in due; esistenza di qualche prominenza (tubercoli, processi, spine o solchi) su certi punti delle ossa, che corrispondono a inserzioni tendinee o a passaggio di tendini o vasi; mancanza di detti processi o solchi esistenti normalmente; mancanza o soverchia dilatazione di canali o fori attraversanti alcune ossa; sviluppo preternaturale di alcune cavità o cellule ossee. Segue poi un breve cenno, sulle varietà dei legamenti e delle articolazioni, che, come dice l'Autore, sono quasi sempre legate a varietà delle ossa o dei muscoli. Le varietà muscolari sono distinte come segue: mancanza di un muscolo o di un fascetto muscolare; esistenza di muscoli o fascetti sopranumerarii; abnorme ripartizione fra la porzione carnosa e ten-

dinea di un muscolo; abnorme fusione di un muscolo o fascio muscolare con un muscolo o fascetto vicino.

Nella splancnologia passa in rassegna le varietà della cute e delle mucose, dei singoli apparecchi sensoriali, e poi dell'apparecchio respiratorio, digerente, uropojetico, genitale, giusta l'ordine dall'Autore seguito nel suo trattato (vol. 2.°). Vengono poi le anomalie del cuore. Quelle delle arterie sono raccolte in quattro serie: mancanza di un'arteria; origine di un'arteria diversa del solito; anomalia di posizione o decorso; arterie accessorie o sopranumerarie. Seguono le anomalie venose, anche a detta dell'Autore, di poca importanza pratica; poi quelle dai vasi linfatici, e da ultimo le nervose centrali (dell'asse cerebro-spinale), periferiche, e del sistema del simpatico. L'Autore fa osservare come il sistema nervoso, creduto già costante e invariabile, vada pur soggetto a frequenti anomalie; infatti la trattazione di queste, occupa bene trenta pagine del volume. Tutta questa parte che si occupa delle varietà offre per lo studioso anche un'utilità bibliografica, in quanto che l'Autore in numerose note cita le opere e i lavori, da cui trasse le notizie più peregrine e recenti; in queste citazioni vediamo con piacere, fra i nostri, i nomi del Calori, Giacomini, Vlacovich e Mantegazza.

L'ultima parte del volume dell'Autore chiamata, *Tabelle anatomiche*, comprende una serie di tavole distinte in varii capitoli. Nel primo sono registrate le ossa e le cartilagini coi punti di origine, di inserzione, di adesione o di passaggio delle parti molli, muscoli, legamenti, vasi e nervi. Nel secondo sono raccolte tutte le arterie in rapporto alle loro principali anastomosi. Il terzo comprende in quadri sinottici la distribuzione dei vasi o nervi rispetto alle principali regioni del corpo e ai singoli organi. Fa poi seguito una tabella alfabetica dei muscoli coi rispettivi nervi. Infine vi ha un indice alfabetico di tutti gii organi del corpo umano.

VITALE VITALI. — **Studio statistico sui fori parietali.** (*Archivio per l'antrop. e la etnol.* di P. Mantegazza. Nono volume, fasc. 2.°, Firenze 1879, a pag. 192).

Valendosi nella ricca collezione di crani, ed appartenenti a soggetti di diverse razze, del Museo Nazionale di antropologia, l'Autore fornisce una Statistica sull'esistenza (da ambedue i lati o da un solo) de' fori parietali. Furono messi ad esame 35 crani di bambini, 772 di adulti, 98 di vecchi ed alcuni altri di diversa età, aventi soltanto un foro nella sutura sagittale.

Dalle osservazioni dell'Autore risulta (non in perfetta conformità a quanto scrissero Formica, Corsi e Augier) che « la proporzione dei crani che hanno due fori parietali e di quelli che non ne hanno alcuna traccia è di 1,23 : 1. »

« Considerando però soltanto (continua l'Autore) i crani vecchi, ho trovato in proporzione molto maggiore il numero dei crani senza fori:

diffatti su 98 crani vecchi, 56 non hanno fori; nei bambini poi avviene il contrario, poichè su 35 crani soli 6 non avevano alcuna traccia di foro. Nei crani papuani ho osservato mancare i fori meno che negli altri, forse perchè tra essi vi ha un picciol numero di vecchi. I Quichua poi presentano in proporzione il maggior numero di crani senza fori, e forse ciò si deve all'osteite che in parecchi casi veniva prodotta dal processo di deformazione. »

A. Landerer. — **Die inspiratorische Wirkung des M. serratus posticus inferior.** (*Azione inspiratoria del muscolo serrato posteriore inferiore*). *Archiv für Anatomie und Physiol. Anat. Abtheil*, 1 Heft 1880.

L'Autore esponendo una serie di minute investigazioni anatomiche sul punto di origine e di terminazione del muscolo serrato posteriore inferiore, e una serie di esperienze fatte sul cadavere posto in condizioni tali da potervi riprodurre artificialmente le escursioni toraciche respiratorie, asserisce che l'azione del suddetto muscolo è inspiratoria e non già espiratoria. In addietro questo muscolo fu ritenuto espiratorio da tutti i più distinti trattatisti di fisiologia come Donders, Funke, Hermann Meyer, Hermann, Vierordt ed altri. L'errore, a detta dell'Autore, fu prodotto da ciò che si credette che l'atto inspiratorio e il sollevamento del torace, e quindi di tutte le coste, equivalessero ad una cosa sola, e che quindi il muscolo serrato posteriore-inferiore, indubbiamente abbassatore delle ultime coste, cioè a dire antagonista dei muscoli inspiratorii, fosse espiratorio. Il Landerer avrebbe osservato che nell'inspirazione i punti d'inserzione del serrato posteriore-inferiore si avvicinano; che in opposizione a coloro, che, come il Luschka, ammettono un movimento delle ultime coste in alto, la dodicesima per lo meno non si porta mai in alto, e le altre tre inferiori soltanto di qualche millimetro, laddove si portano costantemente all'infuori; che la direzione delle fibre di questo muscolo è analoga a quella degli intercostali interni, ammessi già da Volkmann come inspiratorii. Quindi descrive minutamente le inserzioni costali del diaframma e dei quattro fascetti del serrato posteriore-inferiore. Non accetta l'asserzione di Henle che i fascetti superiore e inferiore del medesimo siano in generale sottili e non di rado; mancanti l'inferiore, che si inserisce alla 12.ª costa, non lo trovò mai mancante, sibbene ricoperto e celato dal fascetto che va all'11.ª; lo trovò dello spessore di 5 millim., superiore quindi agli altri, che non raggiungono che lo spessore di 3 millim. Quanto all'origine di questo muscolo ammette che fisiologicamente la si deve considerare alle apofisi spinose delle vertebre lombari e al legamento interspinoso, e anatomicamente i suoi filamenti tendinei si possono facilmente seguire appunto fino alle apofisi spinose, attraverso la fascia lombo-dorsale, colla quale essi si confondono al margine esterno del muscolo *erector trunci*. In seguito l'Autore fa molte considerazioni sulla direzione dei varii piani perpen-

dicolari e orizzontali passanti per la linea mediana del corpo, per l'asse dell'ultima costa e per la direzione delle fibre del muscolo in discorso, deducendone, ciò che è ammesso da tutti, che il M. serrato posteriore-inferiore abbassa e porta all'esterno le coste. Dalle esperienze poi fatte sul cadavere per la riproduzione artificiale della respirazione, a mezzo di un manometro applicato alla trachea, gli risultò che ogni forza esercitata sull'ultima e sulle quattro ultime coste, in modo da portarle in basso o in basso e all'infuori, produceva un innalzamento nella colonna del manometro, in senso inspiratorio, di parecchi millim.

Conclude quindi il Landerer che il M. serrato posteriore-inferiore non solo, come ammette Henle, fissa le coste inferiori in rispetto al diaframma, e quindi indirettamente coadjuva l'inspirazione, ma agisce per sè stesso come muscolo inspiratorio per il movimento che comunica alle coste, dilatando l'ambito toracico.

G. Schwalbe. — **Ueber das Gesetz Muskelnerveneintritts.** (*Sulla legge dell'ingresso dei nervi nei muscoli*). In: *Archiv für Anat. und Physiol. Anat. Abtheil.* III. IV. heft 1879.

L'Autore si propone d'investigare il punto d'ingresso dei nervi nei muscoli, giacchè, a sua saputa, finora non sono state formulate leggi generali; e sarebbe venuto ad ammettere che questo punto d'ingresso è essenzialmente subordinato alla forma dei muscoli stessi. Esso quindi divide i muscoli giusta la loro forma in tre classi: i *lunghi* o a *fibre parallelle*, i *triangolari* e i *fusiformi*. Nei primi poi distingue ancora quelli la cui larghezza è pressochè eguale allo spessore, come il grande e il piccolo rotondo della spalla, il tensore del fascialata, e in questi il nervo penetrerebbe a metà circa del corpo muscolare. In quelli in cui la lunghezza prevale d'assai alla larghezza e allo spessore, come il sartorio, il nervo entrerebbe per parecchi rami distinti su una linea parallela al decorso delle fibre muscolari. In quelli in cui la larghezza del muscolo supera lo spessore, come il grande gluteo, il nervo penetra ancora per varii ramuscoli, su una linea però formante un angolo retto colla direzione delle fibre muscolari.

Nei muscoli a forma triangolare i punti d'ingresso del nervo sono molteplici e seguono una linea irregolare che sta in rapporto colla direzione convergente delle fibre muscolari, dalla metà circa del muscolo stesso verso il punto di convergenza o di *inserzione tendinea*, ciò che si osserva nei muscoli sottoscapolare, grande e piccolo pettorale.

I muscoli fusiformi, ossia assottigliati alle due estremità, come il semitendinoso, la lunga porzione del bicipite femorale, i lombricali, ecc., presentano in generale il punto d'ingresso ancora alla metà circa del ventre muscolare.

Tutte queste leggi convergono, a detta dell'Autore, ad un principio generale che cioè il nervo entra nel proprio muscolo al suo punto geometricamente centrale, e questa disposizione sarebbe la più vantaggiosa per la funzione del muscolo stesso.

G. Zoja. — **Il Gabinetto di anatomia normale della R. Università di Pavia.** Serie F. Nevrologia in-4.° — Pavia 1879-80. Stabilimento tipografico Successori Bizzoni.

In questo terzo fascicolo (per il 1.°, Osteologia, vedi questo Giornale vol. 232 anno 1875, e per il 2.°, Angiologia, lo stesso Giornale vol. 239, anno 1877) l'Autore descrive i preparati nervosi conservati nel Gabinetto anatomico suddetto, giusta l'ordine con cui sono disposti, e cioè prima gli inviluppi del sistema nervoso centrale, poi la massa encefalica e le relative sue divisioni, quindi il midollo spinale con e senza inviluppi, in seguito i nervi cranici e spinali, e quindi il sistema nervoso simpatico. In un'appendice sono indicati alcuni preparati zootomici, altri risultanti da esperienze ed altri morbosi.

Dell'apparecchio della innervazione il Gabinetto in totale possiede 332 preparati, dei quali 30 appartengono a Scarpa, 185 a Panizza e 117 a Zoja, attuale Direttore dell'Istituto anatomico: 33 preparati sono montati a secco e 299 conservati nell'alcool.

Per l'angustia dello Stabilimento e per la penuria dei mezzi si dovettero raccogliere più preparati (tre, quattro e perfino dieci) in un sol vaso od in una cassa, con gravissimo danno dei preparati stessi. — E fino a quanto dureranno queste conosciute e ripetutamente lamentate condizioni?

A. Monselise. — **Le pieghe degli emisferi cerebrali.** — Verona 1879.

L'Autore divide la Memoria in due capitoli distinti. Discorre nell'uno dell'*ipotesi del Baer e della teoria dei panneggiamenti*, e nell'altro dell'*aggruppamento e morfologia delle pieghe cerebrali.*

Nella trattazione del primo argomento vediamo anzitutto combattuta l'idea moderna di Hitzig, di Ferrier e di altri molti sulle *localizzazioni cerebrali.*

Secondo l'Autore, gli esperimenti che tendono a delimitare le aree psico-motorie della corteccia cerebrale, e quindi a distinguere i vari organi dell'encefalo « potranno condurci (come egli stesso si esprime) a discoprire nuovi e più dettagliati rapporti fra le circonvoluzioni ed i fasci nervei più lontani, fino ad ora non potuti seguire dalla anatomia; ma troppo prematuro sarebbe inferirne, od inesatto il vocabolo, che le singole pieghe fossero per ciò localizzazioni, organi autonomi o centri isolati di emanazione psichica del movimento. »

A sostegno della sua tesi ripete l'obiezione da altri già fatta, che, cioè, non è verosimile che le circonvoluzioni tutte analogamente costrutte e tessute, e fra loro legate per continuità di elementi abbiano a costituire altrettanti centri od organi psico-motori distinti. Tale attribuzione va data all'*emisfero per integro*, e la « teoria delle localizzazioni (così scrive l'Autore a pag. 5) come di organi individualmente separati, sta, secondo viene oggi annunciata e discussa, in aperta opposizione a quanto

insegna l'anatomia di questo viscere, vuoi nella parte che riguarda la sua genesi, come di quella dei diversi stadi di sviluppo. Essa sarebbe (continua) più facilmente conciliabile quando alla espressione di organo psico-motore per ciascuna circonvoluzione, si mantenesse quella di area psico-motoria, allo stesso modo che il doppio emisfero è la somma di altrettante piccole aree, e come i molti lobuli polmonari formano perifericamente l'area polmonare totale. »

Premesse queste cose, l'Autore passa a dire dell'antica teoria fisio-meccanica di Baer sulla formazione delle circonvoluzioni cerebrali, e se ne mostra aperto fautore, sviluppandone il concetto.

« . . . . Fra le altre (idee) merita ancora oggi (così scrive in proposito l'Autore) richiamare la idea del Baer, il quale per primo espresse quella ipotesi fisio-meccanica, che spiega la formazione delle volute cerebrali, in un risultato di rapporto fra la tendenza espansiva delle masse nervee e la compressiva dell'involucro resistente. Fu così felice quanto facile quella interpretazione che l'Autore non trovò necessario di formularvi delle lunghe dimostrazioni a prova, accontentandosi forse della evidenza; ed è spiacevole il sentire oggidì tenuta quasi irrisoria quella ipotesi perchè troppo facile. »

Con questo concetto fondamentale l'Autore passa a raffrontare l'evoluzione del cervello con quella del tubo gastro-enterico, e ne rileva le analogie, mentre non trova opportuno fare altrettanto pel *fegato* e per il *polmone*; pei quali organi il modo di disporsi della rete sanguigna è diverso.

La pia meninge è analoga alla tunica vascolare degli intestini, e l'aracnoide al peritoneo. Sì nel cervello come nella massa intestinale avverrebbe che la tendenza all'espandersi da un lato, e la resistenza incontrata nelle pareti delle cavità entro le quali sono capiti dall'altro, determinino la formazione delle variabilissime ripiegature proprie ai due organi ora nominati.

Nè vale per il Monselise l'obiezione che anche negli individui acranici il cervello offre le circonvoluzioni, perchè in questi casi la parete che si oppone alla espansione del viscere è rappresentata *dagli involucri resistenti del cervello.*

Le circonvoluzioni che si hanno in questi esemplari che la teratologia offre, sono ad ogni modo assai rudimentali.

« La parte meccanica nel processo di formazione delle anse intestinali e delle pieghe cerebrali, ha immediata analogia con quella che regge la formazione dei panneggiamenti nei drappi di tela, di lana e simili, allorchè questi, influenzati da speciali condizioni, trovansi impediti nel libero adagiamento.

L'Autore in seguito passa a diligente esame lo sviluppo dell'encefalo nelle varie età del feto, ed in tutte studia le cause di formazione delle circonvoluzioni, sempre riducendole a condizioni in ordine alla teoria di Baer.

Nella seconda parte del lavoro l'Autore parla dell'*aggruppamento e della morfologia delle pieghe cerebrali* (pag. 37). Descrive le circonvoluzioni cerebrali e sempre, basandosi ai concetti svolti ne' precedenti capitoli del libro, le distingue in *aggruppamenti* speciali (*centrale*, *polare*, *anteriore*, *equatoriale*, ecc.). Studia di ciascuno poi la morfologia, nell'intendimento di *elevare a teoria la ipotesi del Baer.*

L'Autore riconosce che il suo lavoro « ha duopo di essere sviluppato, che ogni fatto e sua interpretazione richiede una più estesa trattazione descrittiva, critica e comparata. — « Questo saggio, continua, non è che l' incubazione del seme gettato dal Baer, al quale si spera intrattenergli la vita, finchè qualche animoso cultore la riscaldi col fuoco di una splendida intelligenza. »

Il libro è accompagnato da dodici figure illustrative. Le prime due rappresentano il modo di formazione delle circonvoluzioni secondo la teoria meccanica invocata dall' Autore; la III, la IV e la V danno lo schema dell' encefalo nell' embrione e le rimanenti le circonvoluzioni sulle varie faccie del cervello.

GIOVANNI ZOJA. — **Ricerche anatomiche sull' Appendice della glandola tiroidea.** (Reale Accademia dei Lincei — Memorie della classe di scienze fisiche, matematiche e naturali, vol. IV, 1879). In-4.° con 5 tavole.

Questa Memoria è divisa in 6 capitoli. Nel 1.° l'Autore dimostra errore il ritenere sia stato Lalouette quegli che in precedenza o meglio degli altri abbia descritta e figurata l' *Appendice* della glandula tiroidea, da lui chiamata *piramide*, ma che spetta invece a Morgagni l' uno e l' altro merito. Difatti questi descrisse e disegnò l' *Appendice* suddetta fin dal 1706 ne' suoi *Adversaria anatomica prima*, e la tavola fu riprodotta anche da Mangeti nel 1716 nel suo teatro anatomico; lo stesso Morgagni illustrò poi sempre più l' Appendice stessa nella sua *Epistola*, premessa alle tavole di Eustachio, diretta a Lancisi nel 1713, ne' suoi *Adversaria anatomica* VI, Padova 1719, ristampati a Leida nel 1723, ed in altri suoi lavori comparsi successivamente alla luce prima ancora che Lalouette pubblicasse le *Recherches anatomiques sur la glande thyroïde*, nella quale chiama col nome di *Piramide* l'*Appendice* suddetta. — Questa Memoria di Lalouette venne letta all' Accademia reale delle scienze nella seduta del 29 novembre 1743, e fu stampata colle relative figure nelle *Mémoires de Mathematique et de physique* nel 1750. Prima di Lalouette, ma dopo Morgagni, avevano parlato diffusamente dell' *Appendice* anche Santorini (1724) e Winslow (1732). Lalouette contribuì certamente ad estendere le cognizioni che si avevano già copiose dell'*appendice* stessa, ma non vi contribuì gran che più di quello che non avessero fatto Santorini e Winslow; non l'ha scoperta, non l'ha descritta meglio di questi due, non che di Morgagni vero scopritore.

In seguito l'Autore nel rilevare le divergenze che esistono nei diversi Autori nello stabilire i dati principali dell'Appendice in discorso, fa sentire il bisogno di nuovi studj, a cui egli pure si dedicò come appare nel seguito della Memoria.

Il capitolo II contiene il frutto delle osservazioni fatte dall'Autore sopra 147 cadaveri appartenenti ai due sessi ed alle varie età, e dalle quali risultano le proporzioni numeriche circa l'esistenza, il numero, la situazione, l'origine, la direzione, la terminazione, la forma, i rapporti, il volume, le dimensioni, il colore, la consistenza, la struttura e le varietà principali trovate nell'*Appendice* stessa.

Il III capitolo si riferisce alle ricerche fatte sopra alcuni animali (scimmie, solipedi e ruminanti, fiere, roditori, marsupiali) nei quali non trovò alcun segno di Appendice.

Nel IV capitolo nota alcuni fatti patologici osservati sopra alcune Appendici.

Nel V tocca del significato morfologico della stessa *Appendice.*

E nel VI fa notare che talvolta l'*Appendice* può essere esplorata in parte anche sul vivo.

Le varie osservazioni condussero l'Autore alle seguenti conclusioni:

1.° Che si deve a Morgagni e non a Lalouette il merito d'averci fatto conoscere per la prima volta in modo chiaro e preciso l'*Appendice* della glandola tiroidea.

2.° Che ai nomi di *corda*, o *striscia*, o *piramide glandulosa*, o *processo piramidale;* di *colonna*, o *corno*, o *lobo medio*, o *lobulo*, o *porzione media* della glandola tiroidea, usati dai vari autori, è preferibile quello di *Appendice glandolosa,* impostogli da Morgagni, come quello che meglio risponde alla sua natura, non curando la forma che è variabilissima. Per atto di doverosa riconoscenza si potrebbe anzi chiamarla *Appendice del Morgagni.*

3.° Che la stessa *Appendice* deve essere ascritta fra le parti normali del corpo, e non fra le varietà, come è insegnato da molti Autori.

4.° Che di norma essa è unica, eccezionalmente doppia o biforcata.

5.° Che è situata di solito a sinistra della linea mediana, ma frequenti volte trovasi a destra, e più di rado nel mezzo.

6.° Che comunemente sorge dall'istmo e termina all'osso joide, ma che può partire anche da uno dei lobi laterali e finire alla cartilagine tiroidea.

7.° Che ha un volume non sempre proporzionato allo sviluppo della glandola cui è annessa.

8.° Che in generale consta degli stessi elementi della glandola tiroidea, ma che talvolta vi si associano fibre muscolari striate, e tale altra agli elementi glandolari si sostituisce in piccola od in gran parte del tessuto connettivo addensato.

9.° Che quando l' Appendice si distacca più o meno interamente dal suo punto d'origine costituisce glandole tiroidee accessorie.

10.° Che finora non si è trovata negli animali, e quindi parrebbe caratteristica della specie umana.

11.° Che talvolta partecipa degli stati patologici della glandola tiroidea e talvolta no, precisamente come succede delle altre parti della glandola.

12.° Che fino ad un certo punto è talvolta esplorabile anche sul vivo.

Le tavole contengono 23 figure originali e dimostrano l'Appendice in sito nello stato normale e nelle principali sue varietà.

G. Zoja. — **L'Appendice della glandola tiroidea nel Cynocephalus babouin.** *(Bollettino scientifico*, anno 2.°, n. 1. Maggio 1880, Pavia, stabilimento tipografico Successori Bizzoni).

L' Appendice della glandola tiroidea, comune nell' uomo e ricercata inutilmente sopra vari animali, fra cui diverse scimmie (quali il Semnopithecus entellus, il Cercobebus cynomolgus, il Cynocephalus hamadrias, il Jacus vulgaris — e successivamente il Macacus cynomolgus, il Macacus sylvanus, il Macacus nemestrinus)', fu dall'Autore trovata in un solo *Cynocephalus babouin* dei due esemplari all' uopo esaminati. — Esso apparteneva ad un individuo di sesso femminile di circa 6 anni, morto a Pavia in un serraglio nel marzo p. p. — In questo *Cynocephalus* la glandola tiroidea era, come in molte altre scimmie, doppia, cioè formata da due lobi interamente separati, mancando l' istmo, e distinti in destro e sinistro. — Dalla parte inferiore ed interna di ciascun lobo sorgeva un nastrino rosseggiante, il quale ascendendo e portandosi all'interno, andava ad inserirsi al margine inferiore della cartilagine cricoide, assai presso alla linea mediana.

Di questi due nastrini il sinistro presentava la stessa struttura della glandola tiroidea, mentre il destro era formato da fibre muscolari striate miste a tessuto connettivo. — Qui v' era adunque una vera *Appendice* della glandula tiroidea continua al lobo sinistro della medesima.

La disposizione di quest' Appendice, giusta le osservazioni fatte dall'Autore e svolte nella sua Memoria qui sopra citata, presentava analogia e differenze a confronto di quella dell' uomo. Intanto era a sinistra, come di solito nell'uomo; partiva dal lobo sinistro della glandola, come raramente accade nell' uomo, e finiva alla cartilagine cricoidea, come non fu mai riscontrato da lui nell'uomo.

Si augura di avere compagni nell' estendere simili investigazioni a vantaggio della scienza.

H. Kadyi. — **Ueber accessorische Schilddrüsenläppchen in der Zungenbeingegend (Glandula praehyoides et suprahyoides).** (*Sopra un lobicino accessorio della ghiandola tiroidea nella regione dell'osso ioide*). In: *Archiv für Anatom. und Physiol. Anat. Abtheil.* III, IV, Heft 1879.

Nel preparare i muscoli della lingua il Kadyi trovò una volta un corpicciuolo ghiandolare della grossezza di un seme di canape, situato precisamente fra l'origine dei muscoli genioioidei e il corpo dell'osso ioide. Il microscopio ne rivelò la struttura a vescicole, come quelle della ghiandola tiroidea e la mancanza di un dotto escretore. Spinto dalla novità del caso l'Autore estese le sue osservazioni in proposito su 68 cadaveri, ed osservò il suddetto corpicciuolo 10 volte e diversamente foggiato. Lo chiamò *ghiandola ioidea*, non avendola mai veduta in rapporto coll'appendice mediana della ghiandola tiroidea, la quale, non arrivando che alla membrana tiroioidea o fino alla faccia posteriore del corpo dell'osso ioide, ne resta separata per il muscolo milo-ioideo o *diaphragma oris*. Questa *ghiandola ioidea* poi può trovarsi in due luoghi: o alla superfice superiore dell'osso ioide e precisamente sopra il tubercolo osseo, col quale finisce la *crista mediana* del ioide stesso, ove si inseriscono i muscoli genioioidei; oppure sulla faccia anteriore dell'osso ioide, donde il nome di *glandola suprahyoides*, nel primo caso di *glandula praehyoides*, nel secondo, datole dall'Autore. Infine può darsi che queste due ghiandole esistano contemporaneamente. La grossezza di queste ghiandole varia da un nucleo appena visibile a quella di un seme di canape o di un pisello al massimo: per lo più sono di forma tondeggiante, oppure allungata, e unite all'osso ioide per denso tessuto connettivo. Le arterie di queste ghiandole provengono da diramazioni delle linguali, non dalle tiroidee che non varcano il diaphragma oris. Istologicamente risultano di vescicole ghiandolari tondeggianti o allungate sparse in uno stroma di tessuto connettivo, ricco di vasi; talvolta il connettivo prevale di molto sulle vescicole ghiandolari. La superficie interna delle vescicole è rivestita di epitelio semplice, il contenuto ne è fluido o colloideo; le cellule epiteliali sono poligonali, se ancora aggregate nel fresco, tondeggianti più tardi, se disgregate; inoltre vi hanno molti nuclei e delle piccole masse colloidee. Le alterazioni patologiche di queste ghiandole sono identiche a quelle della ghiandola tiroidea, ossia la degenerazione colloidea e cistica.

Ora l'Autore, considerando la struttura identica, le alterazioni identiche, i rapporti di vicinanza, sarebbe venuto nell'idea che le *ghiandole ioidee* e la tiroidea embriologicamente risultino da uno strato comune. Appoggia questa teoria la seguente osservazione. In un feto di 5 mesi l'Autore ha trovato la ghiandola tiroidea coi suoi due lobi uniti da un istmo brevissimo; superiormente a questo un lobicino tiroideo isolato; sul mezzo del legamento conico della laringe un secondo lobicino perfettamente isolato; un terzo sull'incisura mediana della cartilagine ti-

roidea, vicino all'osso ioide, finalmente una *glandula praehyoidea* assai somigliante ai suddetti lobicini: qui dunque si avrebbero quattro lobicini tiroidei staccati, di cui il superiore si distingue perchè saldato sul corpo dell'osso ioide. Da tutte queste osservazioni e considerazioni l'Autore deduce che la ghiandola tiroidea sia molto più sviluppata nella vita fetale che nell'autonoma; che nella prima si estenda lungo la linea mediana dei primi anelli della trachea fino superiormente all'osso ioide, traforando il *diaphragma oris*, mentre che nell'adulto non esisterebbero che due lobi laterali uniti da un istmo, qualche volta un lobo mediano e, come appendici staccate di questo le ghiandole sopraioidea e preioidea. Morfologicamente poi l'Autore finisce coll'ammettere l'ipotesi che la ghiandola tiroidea non sia nell'uomo adulto che il residuo di un organo più sviluppato nella vita fetale, il quale forse ha una significazione funzionale solamente in alcuni stadii della vita dell'uomo e per tutta la vita in qualche animale.

La memoria è corredata di due figure intercalate nel testo; la prima rappresentante la coesistenza della glandula *praehyoides* e *suprahyoides* nel medesimo individuo; la seconda l'osservazione fatta nel feto a 5 mesi. In una aggiunta al lavoro l'Autore accenna come il dott. Zuckerkandl abbia fatto contemporaneamente a lui gli stessi studii con risultati pressochè identici.

A. Merten. — **Historisches über die Entdeckung der Glandula suprahyoidea.** (*Cenno storico sulla scoperta della ghiandola sopraioidea*). In: *Archiv. für Anat. und Physiol.*, V, VI Hef 1879.

A proposito della precedente memoria sulla ghiandola ioidea del Kadyi e dell'altra accennata del Zuckerkandl l'Autore fa notare come la ghiandola stessa fosse già conosciuta da Verneuil, König, Gruber e Madelung, che ne avevano già variamente parlato anche in rapporto alla chirurgia. Confrontando quanto ne dissero Zuckerkandl e Kadyi con quello che già precedentemente ne aveva detto Verneuil in rapporto alla sua posizione, alla struttura macro e microscopica, alle degenerazioni cistica e colloidea, l'Autore conclude col dire che scopritore ed illustratore di questa ghiandola ioidea (o tiroidea accessoria) si debba ritenere piuttosto il Verneuil che i due autori sopra citati.

Ch. Remy. — **Sur l'état anatomique du cuir chevelu comparé a differents âges de la vie et dans certaines conditions pathologiques** (*Sullo stato anatomico del cuojo capelluto raffrontato nelle varie età della vita ed in alcune condizioni patologiche*). In: *Journ. de l'Anat. et de la physiol. norm. et pathol. ecc.* Dott. Ch. Robin. — Seizième année — N. 1, Janvier-Février — (Paris, 1830 a pagina 90).

L'Autore studia dapprima l'evoluzione dei capelli durante la vita endo-uterina, dichiarando che *i casi di assenza congenita dei capelli*

sono assai rari. Ne studia lo spessore massimo e minimo ed il modo di accrescersi.

In seguito parla del *cuojo capelluto normale bene sviluppato* e fissa a 18 o 20 anni di vita l'epoca di suo completo sviluppo, dopo di avere notato nel precedente capitolo le varie *mute* alle quali va soggetto il pelo.

Discorre poscia della caduta e della rigenerazione dei capelli, accennando alle cause che accompagnano questi fenomeni. Per ciò specialmente accenna ai *rapporti della nutrizione del cuojo capelluto colla nutrizione generale.* Passa in esame anche le opinioni in proposito di vari Autori, e riferisce il caso di una *alopecia* in soggetto morto per tifo.

Analogamente studia l'*alopecia* conseguente a risipola. Parla inoltre della calvizie negli adulti (uomini e donne) e delle cause che vi possono influire, e poi dello *stato istologico del cuojo capelluto nel calvo,* fornendone dettagliati ragguagli.

Finalmente l'Autore dedica l'ultima sua parte del lavoro allo studio dello *stato senile del cuojo capelluto,* sia o no provveduto di peli.

Tre *tavole,* rappresentanti varie sezioni microscopiche degli elementi del cuojo capelluto, compiono la memoria.

TH. EWETSKY. — **Beiträge zur Entwickelungsgeschichte des Auges.** (*Contribuzioni all'embriologia dell'occhio).* In: *Archiv. für Augenheilkunde* VIII, 52 Stn.

L'Autore si è occupato dello sviluppo embriologico delle palpebre, che esso divide in tre stadii: dal primo loro apparire alla loro saldatura; — dalla loro saldatura alla loro riapertura; — dalla riapertura alla nascita. Il primo stadio è caratterizzato appunto dall'apparire delle palpebre, che in esso assumono già la loro configurazione definitiva, ed è di breve durata. Nel secondo si sviluppano a mano a mano tutti i varii elementi proprii delle palpebre, e queste si rendono perfettamente distinte dagli altri elementi protettori o involventi dell'occhio; è più lungo del primo. Nel terzo stadio le palpebre già formate in tutti i loro elementi assumono uno sviluppo proporzionato al resto dell'organismo.

N. LIEBERKÜHN. — **Beiträge zur Anatomie des embryonalen Augen.** *(Contribuzioni all'anatomia dell'occhio nell'embrione).* In: *Archiv. für Anat. und Physiol. Anat. Abtheil.* I; II Heft., 1879.

L'Autore espone una serie di osservazioni fatte su embrioni animali di diverse età a scopo di studiare lo sviluppo del bulbo oculare e dei suoi varii elementi. Il lavoro è quasi tutto di anatomia comparata, giacchè le sue ricerche versano su embrioni di cani, talpe, porci, lucertole polli, ecc.; certo è però che per il nesso troppo evidente fra le due scienze, i corollarii dall'Autore dedotti riguardano anche l'anatomia.

umana, la quale in fatto di embriologia specialmente ha sempre ricevuto e riceverà molta luce dall'anatomia comparata. Ecco pertanto alcune delle più importanti conclusioni a cui viene l'Autore passando a mano a mano in rassegna lo sviluppo dei varii elementi componenti il bulbo oculare.

La cornea si sviluppa così: tra lo strato corneo del derma e la vescicola o capsula cristallina esiste uno strato cellulare del foglietto medio; da questo si producono in una col tessuto fibroso proprio della cornea anche i corpuscoli corneali e l'endotelio. Le membrane limitanti elastiche derivano dal foglietto medio; soltanto l'epitelio corneale anteriore proviene dal foglietto corneo.

In diversi mammiferi tra la vescicola oculare primitiva e l'esoderma appare già un mesoderma, che di rado trovasi negli uccelli.

Il tessuto del corpo vitreo spetta al gruppo dei tessuti connettivi. Che le sue cellule derivino sempre dai globuli sanguigni emigranti non è provato.

La limitante jaloidea è un prodotto del mesoderma, siccome quella che non segue la vescicola oculare secondaria, ma la abbandona in corrispondenza del pettine.

Gli argomenti che si addussero fino ad ora per provare la derivazione della capsula cristallina dall'esoderma non sono sufficienti.

Il primo rudimento dell'iride risulta dal margine anteriore della vescicola oculare secondaria e dal tessuto delle lamine cefaliche. Le compartecipazioni che vi prende il mesoderma consiste nell'endotelio della cornea e in uno strato circolare di grosse cellule.

Infine l'Autore fa notare come molte delle sue vedute collimino con quelle del Kölliker, il cui Manuale di embriologia uscì appunto alla luce, quando egli aveva finito il suo lavoro.

La memoria è illustrata da due tavole con circa trenta figure rappresentanti in diverse sezioni i varii elementi del bulbo oculare e loro tessuti in diverse epoche della vita embrionale.

G. Broesike. — **Eine neue Anwendungsmethode der Wickersheimer' schen Conservirungsflüssigkeit.** (*Un nuovo metodo di applicazione del liquido conservatore del Wickersheimer*). In: *Centralblatt für di medic. Wissenschaften.* 1880, N. 2.

L'Autore accenna al liquido conservatore del Wickersheimer, e ai suoi due processi di conservazione, il bagnato e l'asciutto; nota come il processo bagnato, mentre corrisponde bene per le preparazioni vegetali e dei piccoli animali, presenta per i preparati di anatomia normale o patologica l'inconveniente di far loro perdere il colore, e di rigonfiare troppo il lasso tessuto connettivo, di guisa che molti visceri perdono la naturale consistenza e figura. Questo inconveniente sarebbe tolto a detta dell'Autore, dalla previa injezione del liquido medesimo fatta sul cadavere ancora inalterato.

Il processo asciutto dà buoni risultati specialmente per le parti legamentose, e in genere per gli organi cavi e membranosi e più ancora per gli organismi ricchi di chitina, come i crostacei. Ma parecchi altri organi come i muscoli, i nervi, e molti visceri, nel corso di un mese seccano a segno tale da diventare irreconoscibili. Ora l'Autore avrebbe ottenuto buoni risultati modificando questo processo con un suo metodo intermedio al bagnato e al secco, che si potrebbe chiamare *umido*. Si inietta prima il cadavere come sopra, o si lascia il pezzo anatomico nel liquido fino a che lo si possa supporre bene inzuppato, quindi si mette il preparato in un vaso chiuso ermeticamente o a smeriglio o con un intonaco di Cautschu; ma sul fondo del vaso si lascia un leggero strato del liquido stesso, in guisa però che il pezzo anatomico, convenientemente sospeso, non vi peschi dentro. Il preparato così, non ancora essicato, trovandosi immerso in un'atmosfera satura dei vapori del liquido conservatore, non può svaporare maggiormente e quindi non essica. Qualora per l'uso successivo il preparato si fosse essicato alcun poco, non si ha che a tuffarlo un'altra volta nel liquido del Wickersheimer, e ritorna come prima.

L'Autore dice di avere preparati di questa fatta, che dopo sei mesi, malgrado averli usati, conservano in tutto la loro freschezza.

Il liquido conservatore del Wickersheimer si ottiene così: si sciolgono in 3000 grammi d'acqua riscaldata 100 grammi di allume, 55 di sal comune, 12 di sal nitro, 60 di potassa, 20 di arsenico. Raffreddata la miscela e filtratala si mescolano dieci volumi della medesima con quattro di glicerina e olio di nafta.

I. BACHHAMMER. — **Ueber einige Varietäten des menschlichen Körpers.** (*Di alcune varietà del corpo umano*). In: *Archiv. für Anat. und Physiol. Anat. Abtheil* I, II Heft, 1879.

È un breve rendiconto di alcune delle più importanti anomalie trovate nell'Istituto anatomico di Monaco. Le prime di queste varietà spettano all'apparecchio uropoietico.

L'Autore accenna prima ad alcune varietà dell'apparecchio uro-poietico da qualche tempo trovate: in un caso il rene sinistro forniva due ureteri perfettamente distinti e sboccanti separatamente nella vescica; il rene destro aveva pure due ureteri, ma che si fondevano in uno solo immediatamente prima di entrare in vescica. In altro soggetto gli ureteri furono trovati doppi da un lato e dall'altro sino alla metà circa dal loro decorso. Due altri casi di ureteri bilateralmente doppi furono veduti, l'uno in un uomo l'altro in una donna. Quindi passa alla descrizione delle ultime anomalie trovate. In una donna di 79 anni mancava il rene sinistro, il destro era molto sviluppato, lungo centimetri 19 largo centimetri 7, dello spessore di centimetri 2.2, del peso di grammi 206; sulla sua faccia anteriore presentava due ili distinti, uno superiore l'altro inferiore, ciascuno col suo uretere, la sua

arteria e la sua vena; l'uretere, che nasceva dall'ilo inferiore, aveva il suo bacinetto poco sviluppato, era lungo centimetri 30, e metteva nella vescica orinaria all'angolo posteriore sinistro del trigono del Lieutaud. L'uretere dell'ilo superiore, aveva un bacinetto più sviluppato, era lungo centimetri 32 e sboccava nell'angolo posteriore destro del trigono. Il rene non mostrava nè all'esterna superficie nè alla sezione traccia di divisione lobulare del suo parenchima.

Il secondo caso è molto consimile: manca il rene sinistro; il destro è lungo centimetri 14, largo 7 dello spessore di 4, pesa grammi 256, e presenta due ili: l'inferiore sul margine concavo del rene, il superiore sulla superficie anteriore: senonchè questo rene ha una forma tutta speciale piuttosto a conio che a faggiuolo: l'arteria e la vena emulgenti non sono doppie: l'uretere superiore è lungo 30 centimetri e sbocca a destra nella vescica, l'inferiore è lungo 24 centimetri e sbocca a sinistra.

Nel terzo caso, in un neonato, manca il rene destro quantunque vi sussista la capsula surrenale. Il sinistro, bene sviluppato e diviso in molti lobuli, è lungo centimetri 4.5, largo 2.5, presenta uno spessore di 1.2; ha due ili sul suo margine concavo, ciascuno col suo uretere, quello dell'inferiore sboccante a sinistra, quello del superiore, a destra del trigono vescicale, mostrando così nella loro parte superiore come nel primo caso, una specie di incrociamento: ogni ilo possiede la sua vena e la sua arteria. — In un ultimo caso l'anomalia da arresto di sviluppo è più complessa. In un neonato a sinistra mancano il rene, la capsula surrenale, l'uretere più il condotto deferente e la vescicola seminale; esistono il testicolo e l'epididimo coi loro vasi e nervi. La vescica, la prostata, il pene e tutti gli altri organi uro-genitali di destra sono normali, se si eccettui che l'uretere e il rene sono un po' più sviluppati che di norma; l'uretere sbocca nella vescica a destra.

Qui l'Autore passa in rassegna le anomalie più o meno analoghe a queste ritrovate nella letteratura medica e specialmente in Weigert, Kupffer, Rokitansky, Cruveilhier e Bischoff, le confronta colle sue e cerca di spiegarne la formazione colla scorta dell'embriologia.

Nella seconda parte del lavoro il Bachhammer espone tre varietà trovate nell'apparecchio della circolazione. La prima consiste in una trabecola muscolare tesa nell'orecchietta destra del cuore, tra il margine anteriore dello sbocco della cava superiore al margine anteriore dello sbocco dalla cava inferiore. Questa trabecola descrive un leggiero arco, è ricoperta dall'endocardio, espansa a foggia quasi di ventaglio alle sue due inserzioni, della sottigliezza di millim. 3.5 nel suo mezzo, lunga cent. 2.8. L'Autore crede questa anomalia delle più rare e forse non mai descritta: accenna alle varietà descritte dallo Zuckerkandl, e ritiene che questa trabecola si debba considerare come un muscolo pettinato del cuore straordinariamente e anormalmente sviluppato.

La seconda consiste in una vena polmonale sinistra sboccante nella vena anonima sinistra. Alla descrizione l'Autore premette un cenno sulle principali anomalie di questa fatta conosciute nella letteratura medica. Nel cadavere in cui fu trovata tale anomalia non esisteva la vena anonima destra ma la giugulare interna e la succlavia di questo lato mettevano separatamente nella vena cava discendente. Superiormente al loro punto di sbocco la vena cava superiore, divenuta vena anonima sinistra, si dirigeva trasversalmente a sinistra, e dopo un decorso di 4 cent. e mezzo si divideva in due tronchi. Il primo obliquo in alto e all'esterno si suddivideva presto in vena giugulare interna e succlavia sinistra. Il secondo più piccolo del diametro circa di cent. 1.2 obliquamente in basso e all'infuori verso l'ilo del polmone sinistro, e si vedeva risaltare da tre troncolini provenienti dal polmone. Una delle vene polmonali sinistre che manca è dunque sostituita da questo tronco venoso anomalo. In questa anomalia si ha quindi la miscela del sangue arterioso col venoso.

L'ultima varietà descritta consiste in ciò: la vena cava inferiore passa in compagnia dell'aorta, per il foro aortico del diaframma, ha il decorso della vena azigos e sbocca nella vena cava superiore: trae origine da due vene iliache primitive, più lunghe del normale, comunicanti tra di loro per due tronchi trasversali, e riceventi le vene renali e spermatiche. Nel torace questa anomala vena cava inferiore o azigos che dir si voglia riceve le vene intercostali, e il suo sbocco nella cava superiore avviene poco prima che questa metta nel cuore. Tre grosse vene epatiche formano un tronco comune che passa per il foro quadrilatero del diaframma e dopo il decorso di due centimetri mette foce nell'orecchietta destra del cuore.

Una tavola, annessa alla memoria, rappresenta in sei figure distinte la prima e la seconda di queste anomalie dell'apparecchio circolatorio e quattro di quelle dell'apparecchio uropoietico.

C. Taruffi. — **Scheletro con prosopoectasia e tredici vertebre dorsali.** Bologna, 1879.

L'Autore descrive lo scheletro di un tal L.... M...., di professione bottaro, conservato nel Museo di Anatomia patologica di Bologna.

È uno scheletro a forma colossale, che misura in altezza millim. 1770, nel quale colpiscono l'osservatore due principali anomalie: la straordinaria lunghezza del teschio, e, nella colonna spinale, *la presenza di una vertebra soprannumeraria sotto alla 12.ª dorsale, senza alcun difetto compensativo nelle altre regioni.*

L'Autore premette i risultati di una minuta indagine sulle varie misure delle ossa del teschio, per dimostrare come sieno sproporzionate nel loro sviluppo, pur tenuto conto delle dimensioni del resto dello scheletro. Per questo esame sono invocati i dati statistici che, in proposito, forniscono i migliori autori, antichi e moderni.

Colla stessa diligenza e precisione, Taruffi fa in seguito la descri-

zione delle ossa del tronco e degli arti, e, dopo di aver rilevato il proporzionale sviluppo del torace, delle clavicole e delle scapole, trova che *gli arti superiori non offrono così esuberante sviluppo come le ossa del torace*, mentre altrettanto non avviene per gli inferiori.

Rilevate altre importanti particolarità dello scheletro, e *determinate le misure delle singole regioni*, l'Autore passa *a stabilire il valore tanto delle prime quanto delle seconde*, istituendo per ciò *numerosi confronti*.

E qui è commendevole l'erudizione e l'opportunità delle citazioni che l'Autore raccoglie per mettere a paziente esame lo scheletro del bottaro, paragonato a quello di altri, e specialmente dei parigini.

A pag. 25 della memoria così sono riassunti i risultati ottenuti:

« Lo scheletro del bottaro (alto 1,770) ha il teschio tanto assolutamente, quanto relativamente alla statura, assai lungo; lo che non viene già prodotto da straordinaria altezza del cranio (il quale invece è alquanto piccolo rispetto all' altezza dello scheletro), ma dell' esuberante lunghezza della faccia, a cui concorre per 7|10 la mandibola superiore e per 3|10 la inferiore. Abbiamo inoltre rilevato che la mandibola superiore è assai ristretta rispetto all'altezza e che la mandibola inferiore sebbene concorra soltanto per 3|10 alla lunghezza della faccia, è tuttavolta più sproporzionata della prima avendo le branche alquanto larghe e molto lunghe, in guisa che sporge naturalmente dal piano frontale e concorre ad aumentare la grandezza del volto. A tale ingrandimento poi possiamo applicare il nome di prosopoectasia già introdotto dal Verga. »

« Abbiamo inoltre veduto che la colonna vertebrale è alquanto più lunga della media, ma, rispetto alla statura, è invece più corta di un centimetro: il qual fatto è di una grande importanza contenendo essa una vertebra dorsale soprannumeraria. Che gli arti superiori sono assolutamente brevi, alla qual cosa contribuiscono maggiormente l'antibraccio e la mano, di quello che il braccio. Che gli arti inferiori per contrario sono più lunghi della media in causa dell'esagerata lunghezza dei femori, dovechè le tibie sono più corte; ad onta però della straordinaria lunghezza dei primi, l'intero membro è proporzionato alla statura. Se poi riduciamo a sommi capi tutte queste anomalie, esse si compendiano in tre principali: sproporzione nella lunghezza delle ossa degli arti, prosopoectasia, e 13 vertebre dorsali. »

L' Autore fa poi alcune considerazioni sulla sproporzione delle ossa degli arti *rispetto alle medie*, e chiude la Memoria con uno sguardo alla letteratura anatomica per ricordare *le osservazioni congeneri indipendentemente dall'alta statura*.

Due tavole incise corredano la Memoria, che è, sotto vari aspetti, pregevole.

L. Calori. — **Dell'abnorme separazione della porzione squamosa dalle altre dell' osso temporale nell'uomo adulto, di alcuni particolari intorno alle varietà delle cellule mastoidee e del forame di Rivino** (Estr. dalla Serie IV, Tomo I, delle *Memorie dell'Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna*, e letta nella Sessione 8 gennajo, 1880).

Le importanti osservazioni delle quali è ricca questa *Memoria*, muovono dalla descrizione di un raro esemplare di abnorme separazione della porzione squamosa dalle altre dell'osso temporale, trovata a sinistra del cranio *formato di ossa robuste e perfettamente cresciute* di un individuo d'anni 22.

È il quarto caso che la letteratura anatomica registra, dopo quelli di Kelch e di Otto.

Colla usata erudizione e chiarezza l'Autore descrive l'anomalia ossea e giacchè gli si offre opportunità, trova necessario fare alcune considerazioni sulle varietà delle cellule mastoidee (a maggiore illustrazione di quelle fatte già specialmente da Hensing e da Zoja) e sul forame di Rivino.

E quì crediamo di trascrivere testualmente le conclusioni che l' Autore stesso fornisce (a p. 21 e seg.):

« 1.° .... l'abnorme separazione della porzione squamosa dalle altre dell'osso temporale nell'adulto è stata mal definita da G. Otto, il quale la chiamò impropriamente separazione perpetua della porzione squamosa della petrosa; »

« 2.° .... ne' Trattati di osteologia e di osteogenesi la porzione squamosa del temporale non è stata sufficientemente descritta rispetto l'estensione sua e la parte ch' ella ha nella composizione dello scheletro osseo dell'orecchie esterno e medio; »

3.° .... nella porzione squamosa oltre il processo zigomatico voglionsi considerare altri tre processi, cioè l' opercolare mastoideo od opercolo mastoideo, il processo auditorio e la cresta o processo timpanico; »

« 4.° .... non è del tutto esatto dire che la porzione mastoidea è formata interamente da un germe osseo proprio, o prodotta dalla porzione petrosa; chè alla sua composizione concorre anche la porzione squamosa, in piccola parte a vero dire, limitandosi alla metà anteriore della faccia esterna del grande processo mastoideo, chiusa o formata nella corteccia esteriore dall'opercolo o processo opercolare mastoideo; »

« 5.° .... neppure è esatto il dire che il meato uditorio esterno osseo è prolungamento del quadrante del timpano; chè esso meato è per massima parte formato superiormente e posteriormente dal processo auditorio della porzione squamosa; »

« 6.° .... fra il detto processo auditorio e quel prolungamento del quadrante timpanico ha una sutura, che io chiamo squamoso-auditoria, continua da principio con la squamosa-mastoidea, la quale sutura squamoso-auditoria non è troppo raro incontrare nei crani degli adulti; »

« 7.° .... neanco è esatto il dire che la parete superiore o volta, o lacunar tympani che voglia chiamarsi, è costituita da una lamina ossea della faccia anteriore della porzione petrosa, la quale lamina è chiamata da Hyrtl tegmentum; che è formata esternamente, bensì in piccolissima parte, eziandio dalla cresta o processo timpanico della porzione squamosa; »

« 8.° .... spessissimo hanno due processi mastoidei, uno grande e l'altro piccolo, separati da una più o meno profonda incisura mastoidea; ma alcuna volta ha il solo processo mastoideo grande; altra volta i due processi mastoidei s'uguagliano quasi nella grandezza, e sono separati da una incisura appena indicata; e finalmente il processo mastoideo può essere triplice, e i tre processi sono divisi da due incisure mastoidee; »

« 9.° .... sì nel grande come nel piccolo processo mastoideo possono trovarsi cellule o caverne mastoidee, ma spesso mancano nell' ultimo, laddove nel primo per le più volte occorrono; »

« 10.° .... le cellule mastoidee soggiacciono a varietà di numero, di grandezza, di sito, di commercio o comunicazione reciproca, e colla cavità del timpano e colle cellule della parte ima della porzione squamosa (cellule temporali e temporo-zigomatiche); e possono non esserci affatto: nel quale caso non ne tiene sempre luogo il tessuto diploico come nei teneri fanciulli; ma talvolta un tessuto osseo compatto e solido simile a quello che avvolge èsternamente i processi, o vero un tessuto osseo compatto, in cui s'avvisa ancora la struttura del diploe, avente la sostanza molle ch'esso comprendeva, trasmutata in ossea, ovvero un misto, cioè una parte di questo ed una di quello; »

« 11.° .... ne' casi prefati possono pure aversi cellule a dir vero scarse non confluenti, ma discrete, od aversene una sola alveolare in alto, la quale mette capo nell'antro Valsalvano della cavità del timpano per un forame o canale detto non troppo esattamente dal Sappey petro-mastoideo, e che a scanso di contese chiamerei piuttosto masto-timpanico, »

« 12.° .... quelle scarse cellule discrete possono mancare di comunicazione tra loro e colla cavità del timpano, e mostrarsi come isolette solitarie nel seno di quel tessuto compatto e solido, di qualità che ho creduto doverle contrassegnare colla denominazione di cellule mastoidee insulari solitarie; »

« 13.° .... in queste cellule insulari solitarie o si contiene una sostanza molle biancastra pultacea ed anco calcare o terrea, ovvero un fluido o vapore tenuissimo il quale sfugge all' osservazione aprendole; »

« 14.° .... non tutte le cavità che occorrono nei processi mastoidei hanno il significato di cellule mastoidee avuto riguardo alla loro origine; chè se ne possono osservare di prodotte da cagioni morbose, come l'ampia cavità del grande processo mastoideo sinistro della fanciulla di

13 anni, cavità occupata e formata da un grosso tubercolo andato a degenerazione caseosa; »

« 15.° .... agguagliandosi nella grandezza i processi mastoidei grande e piccolo può accadere che in questo le cellule sieno grandi e capaci e numerose, e in quello scarsissime e quasi nulle; »

« 16.° .... la scomparsa delle cellule mastoidee non ha età determinata, avendo trovato ch' elle mancavano da tutti e due i lati in una donna cinquantenne, e che ben capaci erano ne' grandi processi mastoidei della suddetta fanciulla di 13 anni, e a destra semplicemente in altra fanciulla di 8; »

« 17.° .... cellule o caverne non s'incontrano solamente ne' processi e nella porzione mastoidea non che nella cavità del timpano, ma eziandio nella parte inferiore della porzione squamosa del temporale, estese in avanti al disopra del poro acustico esterno, e della parte posteriore della cavità glenoidea, e sino in corrispondenza della parte esterna della radice trasversa dell'apofisi zigomatica; le quali cellule, atteso il posto o la regione che occupano, vogliònsi chiamare temporali o temporo-zigomatiche; »

« 18.° .... queste cellule temporo-zigomatiche possono essere distinte in due provincie una anteriore e l'altra posteriore, separate fra loro o da tessuto diploico o da tessuto osseo compatto e solido: nel qual caso la provincia posteriore sola può comunicare con le cellule mastoidee, specialmente anteriori, laddove le anteriori non ne hanno in verun modo facoltà, e sono cellule temporo-zigomatiche insulari, talvolta circoscritte ad una sola (insulare solitaria), ma d'ordinario sono più di una e confluenti ovvero agminate; »

« 19.° .... ogni volta che mi sono incontrato in esse, l'ho trovate vuote non già nello stretto senso della parola, ma nel senso ch'esse non contenevano una sostanza molle o tale ch' ella potesse cadere sotto i sensi aprendole, ma fluida e vaporosa, come le cellule insulari solitarie mastoidee, la quale sfuggiva all'osservazione; »

« 20.° .... tutte le divisate cellule comunicanti o non comunicanti fra loro, e colla cavità del timpano, vuote che siano, debbono agire per risonanza, non altrimenti che altre cavità più lontane situate sul tragitto dell'aria che si reca per la tuba Eustachiana alla cavità del timpana, vo' dire l'antro d' Higmoro, e i seni frontali e sfenoidali; »

« 21.° .... finalmente l'esistenza di un forame normale nella membrana del timpano dell'uomo e dei mammiferi non è niente comprovata dall'osservazione; anzi è al postutto rigettata, e qualora occorra, esso è un forame, per quanto ho scorto, fattizio o prodotto da preparazione non troppo provveduta, ovvero acquisito o patologico. »

Sono annesse alla pregevole memoria del chiaro anatomico tre tavole illustrative di figure bellissime.

C. Taruffi. — **Delle anomalie dell'osso malare.** (*Memoria dell'Accademia della Scienze dell'Istituto di Bologna*, Sez. IV, Tom. I, Bologna 1880, a p. 183).

L'Autore discorre in separati articoli di tutte le principali anomalie dell'osso malare, ricordando per ciascuno gli autori che ne parlarono. L'Autore tratta l'argomento con profonda erudizione e discute, ove occorra, i dati statistici che gli osservatori fornirono in ordine a tali anomalie. Così pure fa opportunemente rilevare il significato antropologico che esse possono avere in rispetto alle varie razze umane o agli animali.

Nella parte originale di questa pregevole Memoria, l'Autore stesso descrive sopra due esemplari la varietà dell'osso zigomatico nelle quali notò *il prolungamento verso la fossa lacrimale del processo mascellare del zigomatico, escludendo dal margine sotto-orbitale la porzione orbitale del mascellare.*

I teschi nei quali si trovarono siffatti particolari appartengono al Museo di Anatomia patologica di Bologna, e l'Autore a maggiore illustrazione, aggiunse alla Memoria tre figure, assai belle a proporzioni naturali.

C. Aeby. — **Die Altersverschiedenheiten der menschlichen Wirbelsäule.** (*Varietà della colonna vertebrale dell'uomo secondo l'età*). In: *Archiv fur Anat. und Physiol. Anat. Abtheil.* I, II Heft 1879.

È una lunga serie di osservazioni e misure dall'Autore prese sulla colonna vertebrale dell'uomo rispetto alla sua configurazione e alle sue dimensioni, non che de' suoi singoli elementi ossei e fibro-cartilaginei in rapporto specialmente coll'età e col sesso. Il lavoro è diviso in quattro parti. Nella prima. « Höhendurchmesser der Wirbelsegmenten » espone in due tavole grafiche e in parecchi specchi numerici i diametri d'altezza o verticali di tutte le singole vertebre e dei dischi intercartilaginei, la loro altezza totale assoluta e relativa rispetto alle tre porzioni cervicale, toracica e lombare, in cui la divide. Tutte queste cifre sono desunte da misure prese su individui d'ambo i sessi nell'età di tre, sei mesi, di due, cinque, sette, nove, undici, sedici anni e finalmente negli adulti. Quindi dà le misure verticali assolute e relative del sacro e del coccige.

Nella seconda parte « Horizontaldurchmesser der Wirbelkörper » si occupa in modo speciale del corpo delle singole vertebre e in tavole grafiche e numeriche indica i diametri trasversali e antero-posteriore delle singole vertebre in modo assoluto e relativamente alle dimensioni dell'atlante, misure prese ancora in individui d'ambo i sessi e di tutte le età.

Nella terza parte « Wirbellöcher » tratta sempre nello stesso modo del foro vertebrale delle singole vertebre, dandone le misure prese in

senso trasversale e antero-posteriore, confrontate colle misure del corpo della stessa vertebra.

Nella quarta parte « Wachsthum der Wirbelsäule vor der Geburt » si occupa dello sviluppo della colonna vertebrale prima della nascita. In questa si vale, come esso dice, di molte note fornitegli in proposito dal prof. His. In uno specchietto speciale offre le misure della lunghezza della colonna vertebrale, e delle sue tre porzioni prese in senso assoluto e relativo, considerata 100 la colonna nella sua totalità: e tutto ciò in varie epoche della vita fetale. Quindi tratta della porzione sacro-coccigea nei medesimi individui.

In seguito riassume così i più importanti risultati delle sue osservazioni e misurazioni:

La colonna vertebrale del bambino e quella dell'adulto sono essenzialmente diverse nelle loro proporzioni;

La colonna vertebrale lombare del bambino è proporzionalmente più corta, la cervicale proporzionalmente più lunga di quella dell'adulto: la porzione toracica è proporzionalmente eguale nelle due età;

La colonna vertebrale dell'adulto in generale e in ispecie nella sua porzione superiore, è proporzionalmente più sottile di quella del bambino;

Lo speco vertebrale nell'adulto è più stretto che nel bambino non solo in rapporto alla lunghezza della colonna, ma anche in confronto dei diametri trasversi del corpo delle vertebre;

La colonna vertebrale nel fanciullo e nell'adulto contiene proporzionalmente ugual quantità di tessuti fibro-legamentosi; ma in differente ripartizione;

La colonna vertebrale del bambino presenta a confronto di quella dell'adulto minor eterogeneità nei suoi elementi; sull'andamento suo embriogenetico e sullo sviluppo definitivo il sesso non esercita alcuna influenza;

La colonna vertebrale segue fin da principio un unico piano di sviluppo. I suoi cambiamenti dopo la nascita, non sono che una continuazione dei mutamenti inerenti al piano stesso di sviluppo.

Infine aggiunge dodici tavole numeriche, nelle quali sono raccolte tutte le varie misure da lui prese sulla colonna vertebrale, sue sezioni e suoi elementi, distinte per età e sesso.

Alla Memoria è annessa anche una tavola con tre figure rappresentanti la 1.ª la colonna vertebrale, veduta dalla sua faccia anteriore; la 2.ª lo speco vertebrale veduto come sopra; la 3.ª la colonna vertebrale e lo speco veduto dalla parte laterale.

VITALE VITALI. — **Sopra alcuni casi di articolazione dell'odontoide con l'occipitale nell'uomo.** (*Archivio per l'antropologia e la etnologia*, di P. Mantegazza, Nono volume, fasc. 2.°, Firenze 1879, a pag. 180).

L'Autore descrive alcune anomalie dell'osso occipitale trovate nelle

serie craniologiche del Museo nazionale di antropologia, e appartenenti ad individui di diverse razze.

Trattasi di alcune apofisi anomale che si trovano sul contorno del grande foro occipitale dell'osso omonimo, ora *dietro all'orlo anteriore del foro*, ora *dall'orlo del foro*, ed altre volte *davanti* al medesimo orlo. Per queste condizioni scheletriche *il cranio si articola direttamente con l'apofisi odontoide dell'epistrofeo.*

Ritiene l'Autore di essere primo a descrivere tale conformazione nell'uomo, la quale (come è mostrato nella Memoria) trova riscontro in fatti analoghi di anatomia comparata.

L' Autore studia inoltre brevemente le modificazioni che subisce la *meccanica* della articolazione del cranio colla colonna vertebrale, mettendo a raffronto i suoi reperti con quelli specialmente di Hyrtl e di Meckel.

W. Allen. — **Sopra alcune varietà dell' atlante nell' uomo.** (*Journ. of Anat. and Physiol.* XIV, 1 p. 18, 1879).

In alcune varietà dell' atlante da esso descritte l' Autore trova una nuova spiegazione sulla composizione del processo trasverso del medesimo, appoggiandosi specialmente sui rapporti dei due muscoli retto laterale del capo e piccolo retto anteriore. Il retto laterale del capo viene considerato analogo ai muscoli intertrasversarii posteriori, tesi posteriormente fra due processi trasversi vicini. Il muscolo piccolo retto anteriore del capo invece viene considerato analogo ai muscoli intertrasversarii anteriori, tesi anteriormente fra due processi trasversi vicini. Questo muscolo nasce da un'asprezza che si trova sul margine anteriore della superficie articolare superiore dell' atlante. L' Autore deduce quindi che la sezione anteriore del processo trasverso dell'atlante corrisponde a quel ponte osseo, che lateralmente costituisce il mezzo di unione tra la tuberosità anteriore e posteriore della massa trasversaria delle vertebre cervicali, formando così il foro trasversario. E questo ponte di unione in verità non è che un tubercolo costale straordinariamente sviluppato.

Fra le varietà più importanti, descritte dall' Autore, avvi la sporgenza del tubercolo posteriore a foggia di un' apofisi spinosa semplice o bifida, come si ha appunto nelle altre vertebre cervicali; la non avvenuta saldatura delle due metà dell' arco posteriore dell' atlante, che presenta così una fessura di circa un centimetro; anomalia che all'Autore pare accenni al fatto della spina bifida.

L. Tenchini. — **Di un nuovo muscolo soprannumerario (costo-omerale) del braccio.** Pavia 1880. (Dal *Bollettino scientifico*, Anno I, N. 7 febbraio).

Il nuovo muscolo descritto dall' Autore fu rinvenuto nel mettere allo scoperto la regione del cavo ascellare di sinistra nel cadavere di un

uomo assai robusto d'anni 42. Esso è costituito da due capi, ¡divisi in alto, e fissati l'uno (anteriore) alla terza costa del lato corrispondente subito al di sotto delle digitazioni del muscolo piccolo pettorale, e l'altro (posteriore) al tendine del muscolo grande dorsale a poca distanza della sua inserzione omerale. I due capi si fondono in uno solo in basso, il cui tendine si inserisce all' epitroclea.

L'Autore crede di essere il primo a descrivere qesta varietà muscolare, chè i principali autori di cose di anatomia non ricordano, per quanto ei ne sa, che fasci muscolari i quali, aderenti al muscolo grande dorsale, attraversano più o meno estesamente la base del cavo ascellare. Fra essi cita Albinus, Sömmering, Boyer, Rosenmüller, Meckel, Malgaigne, Petrequin, Hyrtl, Morel, Beaunis et Bouchard, Luschka, Calori, Tillaux, Sappey, Cruveilhier, ecc. Passa quindi a parlare delle probabili funzioni del muscolo descritto, ed in seguito a mostrare come se ne trovino i rappresantanti nei muscoli tensori della membrana alare degli uccelli. Esamina perciò lo *Sturnus vulgaris*, la *Strix flammea* e il *Garrulus glandarius*. Trova poi assoluta e perfetta analogia fra il fascio anomalo che si protende in basso dal muscolo grande dorsale ed uno che nella scimia ha normalmente i medesimi rapporti e le identiche inserzioni. Un *Macacus cynomolgus*, una *Midas rosalia* e un *Cynocephalus babouin* sono in proposito messi ad esame e ricordati. Con ciò l'Autore crede di aver fissata l' attenzione sopra un vero carattere atavico nei muscoli dell'uomo.

Finalmente esso considera la varietà muscolare anche nei rapporti colla chirurgia, specialmente in relazione alla legatura dell'arteria ascellare nel cavo omonimo. Ricorda in argomento i precetti chirurgici e dichiara che nel caso attuale il pratico avrebbe dovuto incontrare dei serii imbarazzi.

Una tavola litografica illustra e completa la Memoria.

G. Sperino. — **Nuove anastomosi tra il sistema della vena Porta ed il sistema venoso generale.** (*Giorn della R. Accademia di medicina di Torino*, luglio 1879, N. 2.° anno XLII, p. 116).

L'Autore rende pubbliche due *osservazioni* di varietà vascolari, fatte nel Laboratorio di anatomia umana della R. Università di Torino. Trattasi nell'una di « Varietà di origini dell'arteria diaframmatica inferiore di sinistra, ramo di questa che si reca alla grossa tuberosità del ventricolo, accompagnato da una vena che va a sboccare nella renale sinistra » nella seconda osservazione viene riferita la varietà di una « vena che prendendo origine dalla milza e dalla vena splenica mette nella renale sinistra. »

Seguono alle due descrizioni alcuni cenni bibliografici, onde l'Autore si crede autorizzato a scrivere che « non furono finora riscontrati casi come quelli sovra descritti in cui queste anastomosi fra il sistema della vena porta e la vena cava inferiore sieno state fatte per mezzo di rami

provenienti dalla grossa tuberosità del ventricolo e dalla milza, i quali si imboccano nella vena renale di sinistra. »

L' Autore infine fa alcune considerazioni di anatomia comparata, mostrando l'analogia che passa fra le *varietà vascolari* da lui descritte nella sua Memoria per l' uomo, e il sistema venoso de' vertebrati inferiori, cioè il sistema della vena Porta renale trovato da Jacobson nei pesci, nei rettili e nei batraci.

Una *tavola* litografica illustra lo scritto.

G. Cesaris. — **Rara coincidenza d'anomalia dell'arteria succlavia destra e dell'arteria vertebrale destra.** (*Bollettino scientifico*, Pavia, anno 2.° N. 1).

Nel cadavere di una bambina di 11 anni, fu trovato che dall' aorta partivano, in ordine progressivo da destra a sinistra, l'arteria carotide primitiva destra, che, nascendo già a sinistra della trachea, attraversava nel suo decorso la faccia anteriore della medesima e forniva l' arteria vertebrale destra, la carotide primitiva sinistra, la succlavia sinistra e da ultimo la succlavia destra. Quest'ultima, nata all'estremità inferiore dell'arco dell'aorta, passava tra l'esofago e la colonna vertebrale, dirigendosi a destra e in alto per raggiungere lo spazio interscalenare: il suo diametro era di qualche cosa inferiore a quello della sinistra; non forniva che sei diramazioni collaterali, nascendo la vertebrale destra dalla carotide primitiva destra.

L' Autore aggiunge qualche notizia della bambina che non ebbe mai a soffrire disfagia *lusoria*, e che era indubbiamente *mancina*. Infine, con uno sguardo dato alla letteratura anatomica, riepiloga le principali anomalie arteriose conosciute in rispetto all'origine e al decorso dei tronchi dell'arco dell'aorta, dividendole in due classi, in quelle con aumento di numero (per divisione abnorme) e in quelle con diminuzione (per fusione abnorme): alla prima ascrive le anomalie in cui i tronchi arteriosi che partono dalla convessità dell'arco dell'aorta sono quattro, cinque o sei; alla seconda le anomalie in cui i tronchi sono due o uno solo.

Intorno ad una famiglia di sedigiti. Relazione del prof. Francesco Marzolo. (Venezia 1879, Tipografia di Giuseppe Antonelli, con tre tavole).

Il professore Francesco Marzolo , di cui lamentiamo la recente perdita, fece al R. Istituto Veneto di scienze e lettere una relazione col titolo sopraindicato. In questa, dopo una rassegna storica dell'argomento, già da lui trattato altra volta fin dal 1842 nella sua tesi di Laurea, presenta uno specchietto di una famiglia vissuta a Padernello su quel di Treviso, la quale coi discendenti si diffuse poi in altri paesi, famiglia che per cinque generazioni successive offrì o nell'uno o nell' altro o in parecchi dei discendenti, senza regole fisse di costanza, di numero, di volume, di forma, di aderenze, ecc., qualche dito sopranumerario. La

famiglia procede, per rispetto alla anomalia digitale numerica, da certa Maria Bordignon la quale aveva 22 dita, sei per mano. Il dito soprannumerario corrispondeva all'estremità esterna del metacarpo del mignolo. Tutti i discendenti di questa capostipite che presentarono eccesso nelle dita della mano o del piede il dito soprannumerario conservò sempre la stessa situazione, cioè presso il quinto dito.

I figli immediati di questa donna furono sei, due maschi e quattro femmine, una sola di queste era normale mentre gli altri presentavano chi 22, chi 23 e chi 24 dita. Nelle generazioni successive si ripeterono le stesse cose, cioè vi furono figli normali e polidattili, colla variante che alcuni presentavano 21 dita, altri invece, come i primi, 22, 23 e 24.

L'Autore dà un cenno di ciascun individuo e rende così la sua storia sempre più interessante.

Di sedigiti in quella famiglia fino al 1879 ne contava ventotto. Gli ultimi otto appartenevano in parte alla quarta ed in parte alla quinta generazione.

In seguito l'Autore discorre delle alterazioni anatomiche della deformità sopraccennata, tenendo anche conto dei pezzi da lui veduti nei vari musei e delle descrizioni fatte da altri autori, e dopo aver toccato delle varie opinioni professate dagli scrittori circa la causa prima della deformità e della eredità della stessa, si intrattiene con opportune considerazioni sulla parte che spetta alla medicina operatoria per togliere o diminuire la deformità stessa.

Sedici figure colorate rappresentano con chiarezza e precisione la deformità descritta tanto alla mano che al piede e qualche altra riferibile al pollice ed all'alluce. Queste figure presentando, mediante adatte punteggiature, la topografia dei metacarpi e metatarsi della parte deformata, giovano anche alla chirurgia pratica.

WENZEL GRUBER. — **Anatomische Notizen.** *(Notizie anatomiche).* In: *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*, Berlin. 1880.

Sotto questo titolo l'infaticabile anatomico di Pietroburgo rende conto di parecchie anomalie riscontrate nel suo laboratorio.

1.° *Congenitales Foramen in der hinteren Wand des Meatus auditorius externus* (Foro congenito nella parete posteriore del meato uditorio esterno). Nel cranio essiccato di un giovane dietro macerazione si trovò nel meato uditorio esterno un foro conducente nella cavità del timpano e nelle cellule mastoidee. Questo foro di forma ovale, era disposto sulla parete posteriore del meato uditorio esterno un po' obliquamente rivolto, col suo polo più lungo in alto, in dentro e in avanti, col suo lume in fuori, in avanti e in basso: esso misurava nella direzione verticale millim. 7,5, nella trasversale millim. 6. Siccome in tutto il resto questo osso temporale sinistro, nonchè il destro e tutto il cranio era affatto normale, l'Autore opina che tale foro fosse congenito

e non dipendente da atrofia consecutiva a qualche fatto patologico. L'Autore crede che questo foro anomalo non sia mai stato osservato, e annette alla nota una figura illustrativa.

2.° *Nicht congenitales Foramen in Temporale rückwärts vom Porus acusticus externus* (Foro non congenito nel temporale al di dietro del poro acustico esterno). Questo foro aveva la sua sede nella parte superiore della porzione mastoidea dell'osso temporale e in parte anche alla base della squama del medesimo, 8 millim. al di dietro del foro acustico esterno, 4 millim. sotto la sutura parieto-mastoidea; aveva una forma romboidea, margini lisci, 14 millim. di diametro antero-posteriore, 12 di verticale; metteva in una grossa cavità, profonda 12 mm. e larga come il foro, che comunicava colla cavità del timpano. Secondo l'Autore, questa cavità rappresenta un'enorme cellula mastoidea, la cui apertura sarebbe per atrofia secondaria e non per congenitura. Qui pure vi ha la sua figura illustrativa.

3.° *Congenitale Verwachsung der ersten mit der zweiten Brustrippe der rechten Seite; — und congenitale Verkümmerung der ersten Brustrippe der linken Seite an einem und demselben Skelet* (Saldatura congenita della prima colla seconda costa del lato destro; — e atrofia congenita della prima costa di sinistra nello stesso scheletro). — In uno scheletro l'Autore ha trovato a destra la 1.ª costa saldata colla seconda per una sottile lamina ossea più espansa in avanti che in dietro, incominciante 3 cent. al davanti dei tubercoli delle due coste e terminante cent. 1,4 dietro l'estremità anteriore della 1.ª costa e cent. 4 della 2.ª. La prima costa era un po' deforme e tutte due un po' meno curve che di norma. La 1.ª costa di sinistra era sorprendente per la sua brevità, sottigliezza e piccolezza, in guisa da sembrare una costa rudimentale. L'incisura sternale e un frammento di cartilagine facevano supporre all'Autore che la cartilagine costale esistesse, ma che tra essa e la costa atrofizzata vi fosse un mezzo di unione fibroso.

L'Autore crede che questo sia il primo caso osservato di coincidenza in uno stesso individuo delle due anomalie, già trovate separatamente l'una dall'altra.

4.ª *Ein in der Haut oder Fascia des Gesichtes und mit seiner Endzacke am Mundwinkel als Musculus risorius endender Musculus occipitalis minor* (Un muscolo occipitale minore che finisce col suo fascicolo terminale all'angolo boccale nella pelle o aponeurosi della faccia, come un muscolo risorio). — A destra il muscolo nasceva dalla linea semicircolare superiore dell'osso occipitale, passava sull'inserzione tendinea dello sterno-cleidomastoideo, poi inferiormente al padiglione dell'orecchio, attraversava la regione parotidea, masseterica e buccinatoria fino all'angolo della bocca dove finiva e all'orbicolare delle labbra e alla cute, tra il grande zigomatico e le fibre del platisma mioide. A sinistra il muscolo occipitale minore nasceva dalla protuberanza occipitale esterna e dalla linea semicircolare superiore, descriveva una

curva e passava in linea obliqua discendente, sul cucullare, lo splenio del capo e lo sterno-cleidomastoideo, quindi si comportava come quello di destra.

5.° *Ein vom Musculus biceps brachii abgegebener Tensor der Dorsalfacies des Unterarmes.* (Tensore della faccia dorsale dell'avambraccio, fornito dal muscolo bicipite brachiale). — Nelle due braccia del cadavere di un uomo fu trovato che dal margine esterno del muscolo bicipite brachiale, 3 a 4 cent. superiormente al tendine inferiore del medesimo, partiva un fascicolo muscolare largo 4 millim., dello spessore di 1 millim., che finiva in un tendinetto nastriforme lungo circa 9 cent., largo 7 millim., il quale alla sua volta andava a fondersi colle fibre oblique dell'aponeurosi dorsale dell' avambraccio. Così il muscolo bicipite brachiale, tensore normale dell'aponeurosi anteriore dell'avambraccio, in questo caso lo sarebbe anche della posteriore. L' Autore crede che simile osservazione non sia mai stata fatta finora.

6.° *Tensor laminae posterioris vaginae musculi recti abdominis.* (Tensore della lamina posteriore della guaina del muscolo retto anteriore dell' addome). — L'Autore accenna come questo muscoletto, dapprima sconosciuto, fosse per la prima volta da lui descritto nel 1860, e poi nel 1876 e nel 1879, quindi illustrato dal Tarenetzky. Nel settembre del 1879 l'Autore lo trovò in ambo i lati nel cadavere di un uomo robusto. A destra era nastriforme, impicciolito alle due estremità, lungo 10 cent., largo 8 millim. nella sua porzione muscolare, da 3 a 4 alla sua origine tendinea, 6 alla sua terminazione, dello spessore di 2 mm. Esso era situato al difuori della guaina del muscolo retto anteriore dell'addome, in una guaina cellulosa sua propria, in basso nel trigono del canale inguinale dietro il funicolo spermatico, in alto dietro il muscolo trasverso dell'addome, sopra la fascia trasversale, incrociante il decorso dell'arteria epigastrica inferiore. Nasceva per un tendinetto dall'orlo posteriore dell'arcata crurale, dove questa si unisce alla fascia trasversale in un punto equidistante fra l'anello esterno e l'interno. Decorreva obliquamente e poi parallelamente al muscolo retto dell'addome 1 centimetro all'esterno del medesimo, colla sua estremità tendinea terminale però si piegava all'interno e dietro questo muscolo per fondersi appunto nella lamina posteriore della guaina del medesimo. Quello di sinistra offriva una doppia origine e una sola terminazione: era un po' più gracile e breve del destro, situato come il precedente. Dei due tendinetti d' origine l' esterno partiva dall' orlo posteriore dell' arcata crurale, vicino all' anello interno del canale inguinale, l' interno dietro l'anello esterno. Del resto aveva rapporti pressochè identici a quelli del muscolo di destra.

7.° *Ein mit seiner Inguinalportion durch die ganze Regio inguinalis sich herab erstreckender Musculus transversus abdominis.* (Muscolo trasverso dell'addome estendentesi colla sua porzione inguinale per tutta la regione inguinale). — L' anomalia, trovata nel cadavere d' un uomo,

robusto, consisteva in ciò che il muscolo trasverso dell'addome non cessava sui contorni dell'orificio interno del canale inguinale, ma ricopriva anche tutta la parete posteriore del canale stesso. L'origine del fascicolo della porzione inguinale non si limitava alla porzione esterna dell'arcata crurale, ma si estendeva a tutta la lunghezza della medesima e fino al tubercolo del pube. Così in questo soggetto la parete posteriore del canale inguinale risultava di due strati, il posteriore fibroso costituito dalla fascia trasversalis, l'anteriore muscolare costituito dalla porzione accessoria del muscolo trasverso dell'addome.

8.° *Eine Bursa mucosa intramuscularis accidentalis der vorderen Oberschenkelregion.* (Una borsa mucosa intermuscolare accidentale della regione anteriore della coscia). — Alla regione anteriore della coscia sinistra di un uomo robusto fu trovata una borsa sinoviale nel muscolo retto anteriore, e precisamente tra questo e l'origine del muscolo subcrurale, 16 centim. superiormente alla rotula. Abbastanza lontana dal fondo cieco superiore della capsula del ginocchio questa borsa era vuota, costituita d'una membrana, umettata dalla sinovia, e quasi inseparabile dalla muscolatura, con piccoli prolungamenti laterali, di forma elittica; era alta 7 centim., larga 2.

L'Autore ritiene che non si possa assolutamente crederla una cisti.

9.° *Einige Nervenvarietäten.* (Alcune varietà nervose).

a) Starker Nervus intercosto-humeralis vom N. intercostalis 1.° (Considerevole nervo intercosto-omerale del nervo 1.° intercostale). — Nel cadavere di un uomo il 1.° nervo intercostale assai grosso forniva, sì da un lato che dall'altro, un robusto nervo intercosto-omerale, che traforava lo spazio intercostale superiormente al 1.° fascetto del muscolo grande dentato e si diramava alla cute della regione posteriore del cubito. Il secondo nervo intercosto-omerale, dato dal 2.° nervo intercostale, finiva alla cute del cavo ascellare.

b) Ungewöhnlicher Verlauf des Nervus cutaneus anterior externus femoris. (Decorso insolito del nervo cutaneo anteriore esterno del femore). — Il nervo perforava, come di norma, il muscolo psoas. Ma in luogo di decorrere nella fossa iliaca per raggiungere la spina anteriore superiore dell'ileo, si addossava al nervo crurale e scendeva con esso alla coscia sotto l'arcata crurale. Qui si separava e rivolgevasi trasversalmente all'esterno, incrociava il sartorio e si piegava 5 centimetri e mezzo sotto la spina anteriore superiore dell'ileo nel triangolo situato fra questo muscolo e il tensore del fascialata per poi assumere i suoi rapporti normali.

c) Inselförmige Spaltung des Nervus peroneus profundus. (Divisione a foggia d'isola del nervo peroneo profondo). — Nell'arto inferiore destro di un uomo questo nervo, dopo avere traforato il muscolo lungo estensore delle dita, si divideva in due rami, uno esterno e l'altro interno. L'esterno restava al lato esterno dell'arteria tibiale anteriore fino al piede, l'interno, un po' più grosso, incrociava nel suo prin-

cipio la suddetta arteria, scendeva all'interno della medesima fino al piede, e dirigendosi ancora all'esterno si univa col ramo esterno.

10) *Doppeldaumen besonderer Form.* Doppio pollice di forma singolare. — Una bambina di [illegible] anni presentava la seguente deformità. Un pollice soprannumerario situato sul lato radiale della base del metacarpo del pollice normale, apparentemente immobile, ma diretto in senso opposto al pollice normale, cioè in alto quasi parallelamente al radio. Risultava di un metacarpo e due falangi un po' alterate nella loro forma; non era articolato col metacarpo del pollice normale, ma saldato per anchilosi: era lungo cent. 5.5, mentre il normale era lungo cent. 7.5, era quindi più corto e anche più piccolo di questo. Una figura illustrativa di questa mano deforme è annessa alla nota.

E. Mortara. — **Lezioni di anatomia topografica.** Milano 1880.

Un volume in-8.° di 430 pagine, raccoglie le lezioni di anatomia topografica, che l'Autore dettò all'Università di Perugia durante l'anno accademico 1878-79. Questo lavoro fu compilato a cura degli studenti del 4.° corso di medicina di quella Università.

Vi sono trattate tutte le regioni del corpo e ricordate in ciascuna le principali applicazioni chirurgiche. L'esposizione è succinta ma sufficiente, ed ispirata ai moderni trattatisti, per quanto il libro non sia affatto scevro di errori, come là dove sono ricordati i rapporti dell'anello crurale colle arterie otturatrice ed epigastrica.

Mancano le figure: ciò scema interesse al Manuale, perchè esse avrebbero indubitatamente giovato alla chiarezza del dettato.

G. Sapolini. — **L'aire de la selle turcique.** *(L'area della sella turcica). In: Journal de méd., de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles.* Bruxelles 1880.

Descrivere la sella turcica dello scheletro, le membrane che la rivestono, i nervi che vi decorrono sui lati, l'apparecchio sanguigno che la circonda, e la ghiandola pituitaria che vi è raccolta, tale fu lo scopo dell'Autore.

L'illustrazione è assai accurata, ed è volta precipuamente a conoscere l'ufficio della ghiandola, ancora oggi tanto contestata. E sul proposito l'Autore, dopo di aver asserito che esiste, allo stato normale, comunicazione fra la parte centrale della ghiandola per mezzo del suo peduncolo col terzo ventricolo del cervello, pensa che il corpicciuolo in esame forse contribuisce alla secrezione del liquido cefalo-rachidiano, e gli attribuisce quindi la probabile funzione di vero organo secernente.

Quest'ufficio però sarebbe proprio soltanto del lobo anteriore della ghiandola, ed il liquido separato verrebbe ad accumularsi *nel serbatojo del lobo inferiore.*

Descrive inoltre, nel picciuolo della ghiandola pituitaria, una *valvola o sfintere,* al quale l'Autore demanderebbe la proprietà di *contrazione*

o di *rilasciamento*, che *debbono verificarsi in dati momenti speciali*, a favorire i movimenti propri del liquido cefalo-rachidiano.

La Memoria è ricca di *figure* e tale da invogliare gli studiosi a maggiori indagini, nello scopo di rendere meno incerto, col sussidio dell'anatomia, l'ufficio enigmatico del corpo pituitario.

C. Morel. — **Le cerveau, sa topographie anatomique.** *(Il cervello, la sua topografia anatomica).* Paris, 1880.

L'Autore pubblicò un Atlante di sedici tavole, nelle quali sono rappresentate in modo assai chiaro ed esatto le circonvoluzioni e le scissure degli emisferi cerebrali sopra ciascuna delle loro faccie.

Le varie regioni poi sono rappresentate nelle tavole IV, V e VI, a colori diversi e speciali a ciascuna, così come le tavole VII, VIII e IX raffigurano schematicamente i contorni dei lobi e lobuli cerebrali. Le successive tavole X, XI e XII sono destinate più particolarmente alla dimostrazione delle *circonvoluzioni*, e la XIII, XIV e XV a quella delle *scissure.*

Il *testo*, che accompagna le figure, è molto conciso, ma completo a caratteri grossi e di splendida edizione, sì che in pochissimo tempo e senza fatica il lettore si forma un concetto sufficiente del difficile argomento trattato.

Scopo dell'Autore fu quello di *agevolare* (come esso stesso si esprime) *lo studio della patologia cerebrale.* Così intese di rendere facile allo studioso la conoscenza delle circonvoluzioni e della topografia del cervello, oggi più che mai resa indispensabile per le molteplici ed importanti applicazioni che si fanno in rispetto alle *localizzazioni cerebrali.*

La tavola XVI indica appunto queste localizzazioni nella scimia, secondo la dottrina di Ferrier.

Le figure sono incise da Lévy, e meritano encomio.

RIVISTA DI FISIOLOGIA

del dott. L. FUBINI

Ranvier — *Fisiologia dei cuori linfatici delle rane.*

Priestley — *Idem.*

Sanquirico — *Contribuzione allo studio dei movimenti del cuore.*

Mosso — *Sulla circolazione del sangue nel cervello.*

Roy e Graham — *La pressione del sangue e le sue variazioni nelle arteriole, nei capillari e nelle piccole vene.*

Aristow — *Azione dei rapidi cambiamenti di temperatura sul cuore.*

Grunmach — *Intorno alla rapidità di propagazione del polso.*

Bizzozero e Golgi — *Della trasfusione del sangue nel peritoneo.*

Foà e Salvioli — *Sull'origine dei globuli rossi del sangue.*

Sanquirico — *Influenza del salasso sulla nutrizione dei tessuti.*

Mosso — *Applicazione del microfono e del telefono alla medicina.*

Mosso e Pagliani — *Sull'azione che il freddo ed il caldo esercitano sopra i vasi sanguigni dell'uomo.*

Bizzozero e Salvioli — *Salasso ed emoglobina.*

Tizzoni e Fileti — *Influenza della luce sulla produzione dell'emoglobina.*

C. Von Noorden — *Contributo all'analisi spettrale quantitativa del sangue.*

Henninger e Catillon — *Peptoni.*

Langendorff — *Potere digestivo del pancreas negli uccelli.*

Sanquirico — *Sulla digestione peptica delle rane.*

Boni — *Metodo facile per praticare la fistola gastrica.*

Bufalini — *Sulla destinazione fisiologica del corpo semilunare di Giannuzzi.*

Corona — *Possibile avvelenamento di grassi per parte della saliva mista orale dell'uomo.*

Jolyet e Laffont — *Nuovo processo per il taglio intracranico del facciale.*

Brown-Sequard — *L'anestesia dovuta ad alcune lesioni del centro cerebro-rachideo può essere rimpiazzata dall'iperestesia per altre lesioni di questo centro.*

Biedermann — *Influenza dei nervi sulle cellule pigmentarie delle rane.*

Albertoni — *Sull'eccitabilità dei nervi vaso-dilatatori nei neonati.*

Frank — *Temperatura dei varj strati del cervello e raffreddamento del cervello per la sezione del simpatico.*

Maggiorani — *Influenza del magnetismo sul cervelletto.*

Corso — *Influenza delle radici speciali sui moti del cuore.*
Maggiorani — *Influenza del magnetismo sull'uovo fecondato nel corso della incubazione.*
Ranvier — *Azione dei nervi sopra i muscoli.*
Albertoni — *Sul rosso della retina nel feto e nel neonato.*
Moleschott e Fubini — *Sull'influenza della luce mista e cromatica nell'esalazione di acido carbonico per l'organismo animale.*
Schenk — *Influenza dei colori sullo sviluppo degli animali.*
Frank — *Movimenti dell'iride indipendenti del sangue.*
Mendelssohn — *Eccitamento latente del muscolo nella rana e nell'uomo allo stato sano e morboso.*
Kronecker e Marckwald — *Sopra i movimenti respiratorj del diaframma.*
Röhrig — *Fisiologia del movimento dell'utero.*
Golgi — *Contribuzione all'istologia dei muscoli volontarj.*
Hadra — *Azione dell'aria compressa sull'urea dell'uomo.*
Schiaparelli e Peroni — *Di alcuni nuovi componenti dell' urina normale umana.*
Georges — *Reazione alcalina dell'urina.*
Richet e Moutard-Martin — *Della escrezione urinaria.*
Capranica — *Sopra alcune nuove reazioni della guanina.*
Béchamp — *Sostanze albuminose del cristallino.*
Bochefontaine — *Effetti fisiologici dell'eritrofleina.*
Moutard-Martin e Richet — *Cause delle morti per injezioni intravenose del latte e dello zucchero.*
Wurtz — *Della papaina.*
Heger e Jacque — *Permangono nel fegato alcaloidi introdotti nello stomaco?*
Jarmested — *Sulla scillaina — effetti fisiologici.*
Lepidi-Chioti — *Sull'assorbimento ed eliminazione della chinina.*
Fubini — *Influenza di alcuni alcaloidi dell' oppio sul chimismo della respirazione.*

RANVIER. — **Fisiologia dei cuori linfatici.** (*Leçons d'anatomie générale*, 1880).

I cuori linfatici sono formati da una sola vescichetta contrattile, la cui cavità ora è liscia, ora è divisa da tramezzi incompleti vari di forma e di numero.

Hanno fibre muscolari striate, ramificate ed anastomizzate, ed hanno vasi sanguigni.

I nervi dei cuori linfatici posteriori delle vene presentano origine, tragitto, distribuzione ed anastomosi molto varie. Le cellule di Waldeyer variano di numero e di posizione, talvolta mancano del tutto.

La distruzione del midollo spinale produce effetti diversi sui cuori

linfatici: alle volte arresto nei loro movimenti, alle volte non produce tal fenomeno, il che dipende forse da differenze anatomiche individuali.

La pulsazione del cuore linfatico è semplice, la sua sistole rappresenta una sola scossa muscolare, come quella di un altro muscolo per la rottura di una corrente. Alle volte si vedono due pulsazioni avvicinarsi, fondersi l'una all'altra. Questa fusione di due scosse spontanee, questo tetano elementare è un fatto importante per la genesi del tetano secondo l'ipotesi di Helmholtz. L'eccitamento diretto del cuore linfatico per mezzo di corrente interrotta produce sistole del cuore.

L'eccitamento del midollo spinale e dei centri cerebro spinali quando è debole produce diminuzione delle pulsazioni dei cuori linfatici, se è forte produce arresto in diastole.

Bidder vide che quando si dà curare a sufficienza per produrre la paralisi completa con la morte, i sacchi linfatici si empiono di linfa. È all'arresto dei cuori linfatici all'essudato ed alla diapedesi che devesi il fatto di empirsi i cuori linfatici.

Iniettate sotto la pelle di rana 2-3 goccie di soluzione di curaro 1 0[0, si vede che il curaro paralizza i cuori linfatici, e la paralisi non è preceduta da un periodo di eccitamento. Durante l'azione latente del curaro le pulsazioni del cuore linfatico sono simili alle pulsazioni normali. La curarizzazione degli elementi motori è lenta e graduale.

Priestley. — **Cuori linfatici delle rane.** (*The Journal of Physiology*, V. 1).

I cuori linfatici hanno ritmo irregolare, sono discordi fra loro e non sono concordi col cuore sanguigno.

I cuori linfatici isolati continuano a pulsare grazie a gangli nervosi ed a plessi posti nella guaina del tessuto connettivo che protegge l'organo. La sezione del midollo a livello del foro occipitale arresta per un momento, poscia ne regolarizza i battiti e li accelera. A livello della 3.ª e della 6.ª vertebra si hanno centri midollari che dirigono i cuori linfatici.

I cuori linfatici isolati dei loro nervi per l'azione del curaro possono essere tetanizzati. Le correnti indotte che si mandano sui centri midollari dei cuori linfatici li arrestano. Colla maggiore intensità delle correnti si ha un acceleramento, non un arresto dei cuori. L'atropina non impedisce l'azione frenica.

C. Sanquirico. — **Contribuzione allo studio dei movimenti del cuore.** (*Giornale dell'Accademia di Medicina di Torino*, 1880).

In questa memoria l'Autore dà il risultato di 14 esperienze di irritazioni elettriche sul cuore delle rane, tanto normale quanto assoggettato a sostanze venefiche (digitalina, atropina, veratrina, subblimato corrosivo, ecc.), e di irritazione col caldo e col freddo, ecc. Descrive

il suo metodo d'esperimentare, col quale cercò di mettersi in condizioni di non pregiudicare in nessun modo l'esito delle sue esperienze e tenne calcolo delle osservazioni di Schiff e di Rossbach sul cangiamento della forma delle contrazioni cardiache in seguito all' istrumento irritante.

Riassumendo i risultati uniformi delle sue esperienze ne deduce le due seguenti conseguenze:

1.° In una completa evoluzione cardiaca il cuore rimanendo eccitabile e potendo essere portato ad una contrazione idio-muscolare, gli effetti osservati in seguito ad una irritazione elettrica non possono altrimenti attribuirsi che alla irritazione delle ultime fibre nervose.

2.° Per irritazioni moderate esiste generalmente concordanza fra la frequenza del polso e la larghezza del periodo eccitabile; tale fatto può essere invocato in favore della teoria, che spiega l'intermittenza dei moti cardiaci colla intermittenza della eccitabilità dei nervi, i quali dopo un'irritazione naturale del sangue che produce una irritazione, sono relativamente esauriti e non riprendono la loro eccitabilità che per un riposo più o meno prolungato. Ora, questa essendo l' ipotesi sostenuta dallo Schiff, l'Autore riassume le considerazioni sopra cui è fondata, considerazioni che egli dice piuttosto dimenticate che annientate, e mentre ammette che l'ipotesi predominante dei centri di riflessione sia appoggiata sopra argomenti di non poco valore, nega che essa possa spiegare tutti i fenomeni che si osservano nei movimenti cardiaci, e conchiude che fra le due ipotesi debba aver la prevalenza quella, che pur essendo poggiata sopra fatti sperimentali, e sulle leggi generali della fisiologia, spiega in modo più semplice e razionale i fatti presi in considerazione; e tale è appunto il caso della ipotesi di Schiff che l'Autore propugna e che crede doversi, nello stato attuale delle nostre cognizioni, accettare in quanto che non venne ancora con successo combattuta.

Infine l'Autore rileva alcuni punti, in cui i suoi risultati non concordano pienamente con quelli ottenuti da Marey, cercando di spiegare le cause probabili della discrepanza.

A. Mosso. — **Sulla circolazione del sangue nel cervello dell'uomo.** (*Accademia dei Lincei*, 1880).

È questo nuovo lavoro una continuazione di memorie pubblicate dall'Autore sui movimenti del cervello dell'uomo, e di cui già si fece una analisi in queste riviste. Con gentile pensiero questa raccolta di importantissime ricerche fu dedicata al prof. Moleschott.

L'Autore fatta la storia clinica delle tre persone, sopra le quali ebbe campo di studiare la circolazione del sangue nel cervello, descrive gli apparecchi che gli servirono per registrare il polso del cervello e di altre parti del corpo.

In generale la trasmissione dei movimenti era fatta per mezzo del-

l'aria coi timpani conjugati di Marey. In uno degli ammalati l'apertura della regione frontale che aveva il diametro di 20 mm., ed i cui margini erano uniformi, veniva chiusa con una lamina di guttaperca che porta nel suo mezzo un tubo di vetro che mette in comunicazione l'aria della cavità cerebrale con un timpano registratore. Riscaldando leggermente gli orli della lamina o spalmandone con un po' di grasso la superficie inferiore, questa aderiva tanto alla pelle da non esservi pericolo di una fuga d'aria. Con un tale mezzo si potevano scrivere le pulsazioni del cervello ed i mutamenti del suo volume quando questi sono poco considerevoli.

Per registrare i movimenti del cervello sotto pressione costante e per poter misurare con sufficiente esattezza il valore delle variazioni, che succedono nel volume del cervello, unì il tubo che andava al timpano con due valvole di Muller.

Il polso del braccio era scritto coll'idro-sfigmografo.

Il cervello ha una forma di polso assai variabile — la più frequente è quella tricuspidale — in esso trovansi tre elevazioni, di cui la più alta sta nel mezzo e le altre due sorgono immediatamente ai lati.

Nell' antibraccio, nella carotide, nella cavità del naso si può avere una forma di polso identica a quella del cervello.

Con Landois l'Autore distingue in ciascuna curva del polso la parte ascendente, il vertice e la parte discendente, e col Landois chiama *anacrotiche* le elevazioni che si osservano nella parte ascendente, *catacrotiche* quelle che appaiono nella parte discendente. La pulsazione che l' Autore chiama anacrotica, presenta solo delle elevazioni anacrotiche, e nella catacrotica tutte le elevazioni si mostrano nella parte discendente dalla curva.

Fino ad oggi non venne ancora spiegato con esattezza l'origine e l'essenza dei fenomeni sfigmici. L' anacrotismo, date certe condizioni, si osserva in tutti senza che vi sia alcuna traccia d' insufficienza aortica o di aneurisma dell'aorta. Con vari processi si può rendere il polso anacrotico o catacrotico senza che si modifichino per ciò i movimenti del cuore.

Eccettuato il ritmo e talora anche l'altezza che dipendono dal cuore, tutte le note caratteristiche del polso sono prese dal sistema vasale, dove a seconda dello stato in cui si trovano le pareti dell'albero arterioso, viene differentemente modificata l' onda sanguigna lanciata dal cuore.

Il nome di elevazione dicrotica è accettata dall' Autore perchè non include alcun concetto causale. L'elevazione che compare fra la prima e la dicrotica fu da Heynsius chiamata elevazione *S*.

Il polso tricuspidale dipende dallo stato dei vasi; per una contrazione delle loro pareti, il polso da anacrotico diventa catacrotico.

L' attività cerebrale può trasformare il polso anacrotico in catacrotico.

Il tipo normale del polso del cervello con forma tricuspidale si ha nella quiete profonda.

A digiuno il polso è tricuspidale, dopo il pasto diviene catacrotico, fenomeno che si osserva nell'antibraccio e nel cervello. La causa più importante di questa variazione dipende da un aumento del tono delle pareti vasali.

Scrivendo contemporaneamente il polso del cervello e delle carotidi, spesso sul cervello si dimostra tricuspidale, catacrotico invece nelle carotidi.

Il polso tricuspidale è fenomeno periferico, nella carotide le pulsazioni sono sempre catacrotiche, mentre sono tricuspidali nel braccio.

Il polso anche nelle condizioni normali può essere anacrotico in un braccio, catacrotico nell'altro.

La forma del polso si modifica secondo i movimenti del respiro. Le pulsazioni più distinte tricuspidali corrispondono alla fine dell'espirazione, le più catacrotiche alla fine dell'inspirazione.

Per render anacrotico il polso di un braccio mentre nell'altro è catacrotico, basta raffreddare fino a 6.°-7.° l'antibraccio nell'idrosfigmografo e sostituirvi dopo dell'acqua sempre più calda fino a 40°-42° C. I vasi si sfiancano per il caldo: maggiore è la loro paralisi, è più apparente la forma tricuspidale.

Anche per la contrazione musculare prolungata si può trasformare il polso catacrotico d'un braccio in anacrotico.

Coll'inalazione del nitrito di amilo si può vedere il polso farsi anacrotico anche nelle carotidi.

Le pulsazioni del cervello, appena incomincia l'operazione mentale, divengono immediatamente più grandi. Il lavoro del cervello è più attivo nel momento, in cui si afferra un problema e nel momento, in cui se ne pronuncia il risultato.

Nell'antibraccio durante l'attività cerebrale v'è una facile contrazione di vasi; la pressione del sangue aumenta nel momento, in cui si stabilisce un lavoro più attivo del cervello. La pressione maggiore che è capace di aumentare il diametro di un'arteria quando essa non sia abbondantemente provveduta di fibre muscolari, è la causa prima dell'afflusso più copioso di sangue al cervello. Il fatto, che caratterizza le emozioni, è dunque l'afflusso più copioso di sangue al cervello, l'aumento del suo volume e l'altezza maggiore delle sue pulsazioni.

La diminuzione di volume dell'antibraccio e l'aumento di volume contemporaneo nel cervello non dipendono da variazione nella respirazione.

Le emozioni, che si producono passando dalla quiete profonda all'attività cerebrale sono sempre accompagnate da una modificazione del polso.

Le emozioni morali esercitano un'azione assai più manifesta sulla circolazione cerebrale che non il lavoro intellettuale per quanto ne sia

grande la sua energia, invece l'effetto dell'emozione è meno visibile nella circolazione dell'antibraccio.

Da osservazioni dirette fatte sul cervello si vide che nel sonno si distinguono oscillazioni dovute alla respirazione ed ondulazioni prodotte da mutamenti nello stato dei vasi, che si svolgono in modo più lento. Le pulsazioni divenivano più alte quando s'incomincia a russare, e le oscillazioni respiratorie si rendono più evidenti.

Dai tracciati riferiti dall'Autore si vede che in generale si ha un aumento di volume del cervello passando dal sonno alla veglia.

Le osservazioni ripetute ora dall'Autore scemarono in lui le speranze con cui aveva accettato e difeso in un altro lavoro quella teoria meccanica del sonno, secondo la quale il sonno dipende da uno stato di anemia del cervello. Causa del sonno sono modificazioni più importanti nello stato di eccitabilità e di nutrizione dei centri nervosi.

Il cervello, nel primo istante in cui uno si sveglia, può subire diminuzione di volume.

Nel sonno succede una dilatazione dei vasi nell'estremità.

Ogni eccitazione proveniente dall'esterno genera una contrazione dei vasi nell'antibraccio ed un aumento successivo della pressione sanguigna, che produce afflusso maggiore di sangue al cervello. Nello svegliarsi improvviso i vasi del cervello si contraggono, e per l'aumento generale della pressione si ha maggiore velocità di sangue negli emisferi cerebrali.

Gli stessi cangiamenti che si producono nel nostro organismo per l'attività cerebrale durante la veglia si riproducono nel sonno per azioni esterne che non riescono a svegliarci.

Nel braccio esistono dei movimenti nei vasi sanguigni, che si dissero spontanei perchè si producono senza l'azione apparente di cause esterne od interne che ci siano note.

Variazioni nel movimento del sangue possono dipendere da processi, che si svolgono nei centri nervosi senza lasciare traccia nella memoria.

Tanto nel sonno quanto nella veglia si osservano fenomeni psichici incoscienti.

Nel sonno si producono modificazioni incoscienti del respiro analoghe a quelle osservate nella circolazione del sangue nel cervello e nell'antibraccio.

Nel sonno l'espirazione toracica ha il suo sopravvento, il diaframma perde tanto della sua energia da seguire come una membrana presso che inerte le variazioni della pressione, che succedono nella cassa toracica.

Le cause esterne bastano a modificare profondamente il respiro senza svegliarci, e nel sonno v'è tutta una serie di percezioni non coscienti, che possono modificare profondamente le funzioni dell'organismo senza lasciare alcuna traccia nella memoria.

L' insieme dei movimenti riflessi osservati nel sonno costituisce un vero apparecchio di difesa per l'organismo.

Il sonno richiama tanto più rapidamente la nostra forza quanto più esso è profondo, e le apprensioni dell'animo mettono ostacolo ad un sonno riparatore.

Nei tracciati del cervello si hanno pulsazioni prodotte dalle sistoli del cuore, oscillazioni dipendenti dalla respirazione ed inoltre delle ampie curve dette dall'Autore ondulazioni, che sono variazioni nel volume del cervello dipendenti da cause diverse.

Le ondulazioni, di cui non si conosce la causa, si chiamarono movimenti spontanei dei vasi.

Le ondulazioni pletismografiche del cervello, dette passive, che dipendono da una diminuzione o da un aumento della pressione del sangue, si distinguono da quelle attive, perchè in queste ultime la contrazione delle pareti dei vasi modifica il profilo delle singole pulsazioni.

Secondo l'Autore, non v'ha rapporto fra il ritmo dell'innervazione per i movimenti del respiro col ritmo dell' innervazione pei vasi sanguigni.

Le ondulazioni spontanee dei vasi costituiscono un fenomeno che non è in alcun rapporto nè colle innervazioni nè colle respirazioni, ma dipende dall'elasticità dei vasi.

Le ondulazioni spontanee dei vasi cerebrali non hanno ritmo costante.

Schiff nel 1854 descrisse i movimenti dei vasi sanguigni dell'orecchio del coniglio, che per il loro ritmo furono da lui detti cuore accessorio.

L'Autore si convinse che i movimenti dei vasi sanguigni nell'orecchio del coniglio sono in rapporto colle emozioni e collo stato psichico dell'animale. Con leva molto leggiera che poggia sull'arteria auricolare presso la base del padiglione alla sua parte posteriore potè scrivere i movimenti di questi vasi.

Riguardo all'influenza dei movimenti respiratori sulla circolazione del sangue nel cervello e nei polmoni si vede che la modificazione del polso cerebrale è tanto maggiore quanto più è profonda l'inspirazione; le pulsazioni del cervello sono quasi scomparse alla fine dell'inspirazione, divengono grandissime in principio dell'espirazione.

La variazione del polso può spiegarsi per mezzo delle variazioni che succedono nella circolazione polmonare, per cui il sangue aumentato nei polmoni durante l'inspirazione, è rimesso in circolo coll'espirazione successiva.

L'aumento del volume del cervello nel lavoro mentale non dipende da modificazioni del respiro e l'aumento di volume del cervello nelle profonde inspirazioni non dipende del lavoro della mente necessario per eseguirlo.

L'Autore misurò la quantità di sangue che si accumula nei polmoni

mentre si fa una profonda inspirazione. Servendosi di polmoni estirpati ed imitando le condizioni normali, dimostrò che lasciando costante l'energia del cuore artificiale aumenta la velocità, con cui il sangue circola nei polmoni durante l'inspirazione anche quando il sangue venoso esce dai polmoni ed entra in un'orecchietta artificiale sotto pressione negativa.

Il nitrito di amilo modifica profondamente lo stato dei vasi sanguigni, l'energia e la frequenza del cuore senza ledere notevolmente le funzioni del cervello. Ad esempio sull'antibraccio scrive il polso normale che è tricroto.

Sotto l'azione del nitrito di amilo l'elevazione *S* si portò in alto e quasi scompare nel momento della maggiore paralisi dei vasi, l'elevazione dicrotica scende in basso, raggiunge il punto più declive della curva.

Strettissimo è il legame, che vincola i fenomeni psicologici colle funzioni materiali dell'organismo, basta scemare per poco la quantità di sangue, che penetra nel cervello perchè cessi immediatamente la coscienza. Gli emisferi cerebrali sono talmente vulnerabili da ogni causa, che rallenti anche solo per un istante la loro nutrizione, che per poco venga scemata la razione di sangue, che affluisce al cervello, cessa immediatamente la coscienza.

Dalle osservazioni dirette fatte dall'Autore si conclude che i vasi del cervello sono molto più sensibili di quelli del braccio per ogni arresto benchè fugace del circolo sanguigno.

Rispetto ai movimenti del cervello dagli uni sono negati nel cranio intatto, da altri sono ammessi.

Il cranio forma una scatola resistente, chiusa da tutte le parti, il sangue venoso circola sotto pressione maggiore perchè alla vis a tergo si aggiunge la dilatazione pulsatoria delle arterie. L'onda del sangue penetrando nel cranio produce diastole delle arterie cerebrali, si osserva forte pressione sulle vene cerebrali, il sangue venoso passa nei seni del cranio sotto pressione maggiore che non avrebbe per la sola vis a tergo. Difatti trapanando il cranio in un cane e ferendo il seno longitudinale per modo da non penetrare nelle cavità delle meningi si trova che la pressione del sangue venoso nel cranio è maggiore che in qualsiasi altra parte del corpo.

Il sangue venoso che esce dalla cavità del cranio è dotato di un movimento pulsatorio in tutto analogo a quello delle arterie.

Si crede generalmente che il liquido cefalorachideo, spostandosi, faciliti i cangiamenti nel volume del cervello. Questa teoria è inesatta. Quando si pone un manometro in comunicazione col liquido cefalorachideo della cavità cerebrale, e si osserva la membrana atlanto-occipitale, entrambi hanno oscillazioni in rapporto col respiro, ma ciò non significa che il liquido passi dalla cavità della vertebra a quella del cranio.

L'Autore nega il passaggio di tale liquido dall'una cavità nell'altra ad ogni pulsazione.

Con Fubini l'Autore ebbe occasione di studiare un bambino affetto da spina bifida. Comprimendo il tumore che trovavasi alla regione lombare non si verificò elevazione nella fontanella, fatto che si sarebbe osservato se il liquido cefalo-rachideo passasse facilmente dalla cavità vertebrale in quella del cranio.

Da esperienze fatte sopra un cane, l'Autore ebbe occasione di provare che nelle pulsazioni del cervello manca realmente il passaggio del liquido cefalo-rachideo nello speco vertebrale.

Roy e Graham Brown. — **La pressione del sangue e le sue varianti nelle arteriole, nei capillari e nelle piccole vene.** (*The Journal of Physiology*, 1880, n. 5 e 6, 2 v.).

I capillari sono contrattili e la loro contrattilità è in costante attività.

I cangiamenti nel loro diametro che così di frequente appaiono, non possono essere spiegati dal solo fatto della loro grande elasticità.

La contrazione o la dilatazione dei capillari è in rapporto coi tessuti, per cui passano, così riesce assai regolare lo scorrere del sangue.

L'anemia temporaria è seguita da una dilatazione dell'arteria, da capillari e delle vene, ed è indipendente dai centri vaso-motori cerebro-spinali.

La relativa diminuzione della linfa di alcuni dei costituenti del sangue o la presenza di alcuni dei prodotti del ricambio dei tessuti, può essere riguardato causa, che conduce alla dilatazione dei vasi per cui si ha anemia temporaria.

L'attività dei vasi è prodotta per mezzo dei gangli vaso-motori periferici probabilmente in modo indipendente dalla struttura, ma per diretta azione delle pareti dei vasi. Alla regolarità automatica del circolo periferico siamo disposti ad ascrivere parte grande, — egli è per tali connessioni che agisce la contrattilità dei capillari.

In questo lavoro il Roy asserisce di avere con V. Mering ripetuto l'esperienza sull'influenza dell'ossigeno e dell'acido carbonico sopra le pareti capillari fatte da Severini.

Gli Autori si servirono della membrana nictitans e del mesentere della rana, e fecero alcune osservazioni coi tessuti presi dalla *Hyla arborea.*

Le condizioni accennate dal Severini erano scrupolosamente mantenute.

I gaz erano ben lavati e si usò il n. 10, d'immersione Hartnach, per osservare i capillari. In nessuna prova gli Autori poterono verificare il cambiamento il più superficiale nel calibro di quei vasi, sia coll'ossigeno, sia coll'acido carbonico. I risultati degli Autori coincidono

con quelli di Tarchanoff, che sono del tutto opposti a quelli del Severini.

Aristow. — **Azione dei rapidi cambiamenti di temperatura sul cuore.** *(Du Bois-Reymond's Archiv.*, 1879).

Si lascia stare il cuore di rana isolato nell'acqua a 10.°-50.° C, poi lo si mette rapidamente sul ghiaccio, si hanno cambiamenti nelle funzioni del cuore che si distinguono da quelli, che avvengono per le temperature, che variano a poco a poco. Infatti si vede sul primo momento acceleramento della contrazione del cuore e per il portarsi improvviso dal ghiaccio all'acqua calda il cuore ha minor frequenza e sta nel primo momento in arresto.

Grunmach. — **Intorno alla rapidità di propagazione del polso.** *(Archiv. für Anat. Phisiologie*, 1879, pag. 417, 434).

L'Autore dà il risultato delle sue ricerche intraprese sui cani; col metodo grafico combinando l'impiego del cardiografo e del pletismografo, egli ha tentato di misurare la velocità colla quale l'onda sanguigna si propaga dall'aorta alle estremità del sistema vascolare.

Nei cani allo stato normale, in 26 esperienze molto concordanti, Grunmach ha trovato una velocità mediocre di 0,158 tra il battito della punta del cuore e il polso totale del piede, quindi se si misura la distanza che separa questi due punti si riconosce per l'ondata sanguigna una velocità di 4,746 per secondo.

In un cane cloralizzato la velocità è stata di 4,11 e di 3,986; nello stesso cane morfinizzato la velocità fu di 3,304. Un cane in cui la velocità dell'onda sanguigna era di 4,716, fu curarizzato: la velocità fu allora di 3,086. Così pare che l'abbassamento della pressione sanguigna diminuisca la velocità dell'onda arteriosa. All'incontro se si innalza la pressione sanguigna eccitando il midollo, si scorge la velocità giu gere a 5,514 per secondo, ed in un'altra esperienza a 6,25. Il taglio del midollo diminuisce la velocità, perchè esso abbassa in proporzioni considerevoli la pressione del sangue nel sistema arterioso.

Grunmach ha fatto pure qualche esperienza sopra l'uomo, dalle quali egli concluse che la velocità dell'onda arteriosa è più grande verso le estremità inferiori (dal cuore alle membra addominali 5,486 per secondo) che verso le estremità superiori (dal cuore alla testa ed alle membra toraciche 3,636 per secondo). Nei fanciulli la velocità dell'onda arteriosa pareva essere meno grande che nell'uomo adulto. Alcune esperienze, per altro assai poco concludenti, fanno pensare a Grunmach che la compressione delle arterie aumenti la velocità di propagazione del polso.

Riassumendo, Grunmach ammette che la velocità alla quale si propaga l'onda che parte dal cuore sia una funzione della pressione del sangue nel sistema arterioso.

Bizzozero e Golgi. — **Della trasfusione del sangue sul peritoneo.** (*Archivio per le scienze mediche di* Bizzozero V. 4.° fascic. 1.°, 1880).

Il sangue injettato nella cavità peritoneale s' unisce alla massa sanguigna generale.

La prova di ciò è fornita dall' aumento dell' emoglobina nel sangue circolante, verificato mediante esami istometrici eseguiti prima e dopo l'injezione.

Il tempo durante il quale, praticata l' injezione, si può notare un progressivo aumento dell'emoglobina nel sangue circolante, volendo tener conto di differenze non minime, ma abbastanza sensibili, può dirsi compreso tra i 20 minuti e le 48 ore.

L'artificiale aumento dell'emoglobina circolante suole essere, almeno entro certi limiti, in proporzione della quantità del sangue injettato.

È superfluo il dire che nella determinazione di questi rapporti devesi tener conto, non soltanto della quantità di sangue injettato, ma anche della diversa quantità di sangue degli animali trasfusi; quantità che può solo essere approssimativamente determinata col tener conto del rispettivo peso.

Sul grado d'aumento dell' emoglobina risultante dalla trasfusione devesi ammettere influiscano, oltre la quantità di sangue injettato, anche altre circostanze che non si possono ancora precisare.

L'artificiale aumento dell'emoglobina negli animali trasfusi non è fatto di così breve durata da far supporre (pur ammessa la penetrazione della nuova popolazione di globuli nella corrente circolatoria) che i globuli vengono poi presto distrutti ed eliminati; ed infatti gli autori li videro persistere ancora dopo 27 giorni, che è il periodo più lungo nel quale essi hanno continuato le osservazioni sugli animali sottoposti all' injezione.

In relazione al modo con cui si verificano i cambiamenti nelle proporzioni dell'emoglobina circolante, notansi differenze, bensì lievi, ma degne di nota pel valore clinico che ad esse pare si possa attribuire, a seconda che trattasi di animali sani oppure salassati.

Nel primo caso si verifica presso a poco il seguente andamento.

L'emoglobina raggiunge, il maximum d'aumento 48 ore circa dopo la injezione; a questo punto si nota una stazionarietà, o si hanno delle oscillazioni di poco valore, per 1, 2 o 3 giorni, successivamente ha luogo una graduale discesa. Con questa graduale discesa che continua con un periodo di 6, 8, 10, 14 giorni, talora si arriva al normale livello, con quelle oscillazioni che anche nei limiti fisiologici soglionsi verificare; talora invece si verifica un arresto ad un livello superiore al normale, il quale superiore livello, per così dire, rappresenta poi lo stato normale.

Nel caso degli animali salassati, le differenze consistono primieramente in ciò, che il maximum è raggiunto con una progressione notevolmente

più rapida, in secondo luogo, che col movimento di discesa verificantesi dopo il periodo di stazionarietà, giammai si ritorna al livello esistente dopo il salasso, bensì a quello normale; oppure ha luogo un arresto ad un livello superiore, come nel caso dei conigli sani.

Le differenze nella durata del periodo entro il quale, dopo l'injezione continua la progressione nella quantità dell'emoglobina circolante e viene raggiunto il maximum, trovansi in evidente rapporto colle differenze nella quantità di sangue, il maximum è raggiunto prima di quando si injettano quantità maggiori. Le differenze in proposito vedute dagli autori furono di 24-30 ore.

Notarono finalmente che l'esame diretto del sangue degli animali trasfusi, eseguito col microscopio, nulla fece rilevare di anormale nè quanto al volume, nè quanto all' aspetto, nè quanto all' agglomeramento dei globuli.

Foà e Salvioli. — **Sull' origine dei globuli rossi del sangue.** (*Archivio per le scienze mediche di* Bizzozero V. 4.°, 1880).

Nel fegato embrionale esiste un numero progressivamente decrescente col crescere del feto, di globuli rossi nucleati, i quali stanno in un costante rapporto numerico colle cellule o protoplasma jalino, incoloro e coi grandi elementi a nucleo centrale in gemmazione.

Si notano nel fegato embrionale tutte le fasi di sviluppo dei grandi elementi, dalla cellula nucleata, da cui derivano, sino al grosso corpo protoplasmatico ripieno di un gigantesco ammasso nucleare in gemmazione. Si trovano, inoltre, le prove non dubbie della origine della cellule omogenee ed incolori, delle proporzioni del suddetto ammasso nucleare, circondato dalla sola parte jalina del protoplasma primitivo. Infine si vedono tutti gli stadj di passaggio dalle suddette cellule jaline alle cellule rosse nucleate ed ai globuli rossi propriamente detti. Questi essendo il prodotto della proliferazione dei grandi elementi a nucleo centrale in gemmazione, sono dagli autori chiamati *ematoblasti*.

Identico è il processo evolutivo, che si trova nella milza embrionale, in cui la proporzione sempre costante fra ematoblasti e cellule rosse aumenta col crescere lo sviluppo del feto, sicchè uguaglia dapprima e poi supera quella del fegato. Le differenze incontrate nel fegato e milza umano non modificano essenzialmente l'andamento del processo.

Nelle ghiandole linfatiche del vitello al 6.°-7.° mese di vita intrauterina trovarono mediocre quantità di ematoblasti, di cellule jaline e di globuli rossi nucleati. Tali elementi non si trovarono nella vita estrauterina, quando vi sono, risiedono solo nella sostanza midollare.

Il midollo embrionale è poco attivo, ma vi si riscontra come nell'adulto lo stesso processo evolutivo dei globuli rossi.

Nella vita estrauterina la milza di alcuni animali continua per certo tempo la funzione ematopoetica, la quale, invece, pare cessi interamente coll'avanzar degli anni e manca affatto in taluni animali, anche assai giovani.

L'ematopoesi epatica cessa gradatamente entro il 1.° mese della vita estrauterina.

SANQUIRICO. — **Sull'influenza del salasso, sulla nutrizione dei tessuti.** (*Gazzetta delle cliniche*, 1880).

È opinione molto diffusa che le conseguenze del salasso studiate in rapporto alla nutrizione dei tessuti animali siano assai funeste. Le esperienze di Perl (che salassando animali provocò degenerazione grassa del miocardio e marasmo), confermate in parte da Weiss, darebbero un fondamento scientifico a quella opinione. Però il prof. Bizzozero, avendo nello scorso anno osservato, che non ostante ripetuti salassi fatti sopra animali per altro scopo, non si erano per nulla verificati i fatti gravi descritti, invitava l'A. a riprendere nel corrente anno altre esperienze a questo scopo. Queste esperienze, furono condotte in modo da escludere che qualunque altra causa potesse per avventura concorrere col salasso a produrre marasmo e regressione grassa del cuore. I risultati dell'Autore furono assai diversi da quelli di Perl e di Weiss. Gli animali vennero per lungo tempo tenuti con forti salassi in alto grado di anemia confermata col cromo-citometro Bizzozero; quelli finora sacrificati presentarono un aumento di peso oscillante fra il 10-20 0|0 del peso del corpo e nessuna alterazione apprezzabile del cuore; e quelli che rimangono ancora in vita, benchè già molto salassati, presentano pure un considerevole aumento di peso e nessun sintomo che faccia lasciar supporre una lesione al cuore.

MOSSO. — **Applicazioni del microfono e del telefono alla medicina.** (*Comunicazione alla Accademia di medicina*, Torino, 1880).

L'Autore ricorda uno studio che egli sta facendo sulle cause del dicrotismo, da cui risulta che la forma del polso dipende essenzialmente dallo stato dei vasi sanguigni, anzichè dai fenomeni che si compiono nel cuore; cosicchè il momento in cui si chiudono le valvole semi-lunari non verrebbe segnato da alcun fatto caratteristico nella curva sfigmica.

Per sciogliere in modo definitivo questo problema sarebbe necessario di potere scrivere i suoni del cuore, e di avere uno strumento che segni con esattezza di 1 0|0 di 1" il momento, nel quale si chiudono le valvole semilunari.

Espone il principio su cui è fondato il microfono. Mostra come vi siano più forme di microfoni, di cui le più generalmente in uso sono quelle di Hughes ed Edison ad una sola grafite e quelle di Pollard e Garnier ad un pezzo di grafite.

Qualunque sia la forma del microfono, per funzionare deve prodursi un movimento nei carboni, il quale genera un cambiamento nei punti di conduttibilità, e quindi una variazione nelle resistenze del circuito per

cui passa la corrente che va al telefono. Si è detto che il microfono è un telescopio od un microscopio dei suoni: ciò è inesatto.

Il microfono non aumenta l'intensità dei suoni. Il microfono serve solo a trasformare un movimento leggerissimo in un suono percettibile.

Parla delle applicazioni del microfono fatte da Hueter per iscopo diagnostico nelle malattie chirurgiche. Fa vedere un modello del *dermatofono* di Hueter, col quale si sente il rumore che produce il sangue circolando nella pelle delle guancie, nel polpastrello delle dita o nelle labbra. Per rendere più semplice questo strumento il Mosso vi adattò due tubi, come per lo stetoscopio biauricolare Senator, diminuendo l'ampiezza dell'imbuto ricevitore fino ad un centimetro, fece uno sfigmofono, col quale si sente il suono dell' arteria radiale o della cubitale.

L'Autore fece ricerche con uno stetoscopio fondato sul medesimo principio del *microfono stetoscopico* che Ducretet presentò il 18 luglio 1878 all'Accademia delle scienze di Parigi. Tale strumento venne costrutto sotto la sua direzione dal signor Nigra.

Esso è formato come quello di Ducretet da un timpano ricoperto da una membrana sottile, che trasmette i suoi movimenti ad un microfono soprastante.

Invece di servirsi come esploratore da un timpano di Marey, il Mosso preferì uno stetoscopio di König. Questa leggera variazione venne indicata dal bisogno di applicare due tubi di gomma elastica, l' uno che andasse al timpano ricevitore per far vibrare il microfono e l'altro che andasse all' orecchio per sentire i suoni del cuore contemporaneamente a quelli del telefono.

Servendosi di due grandi telefoni costrutti da Siemens e Halscke di Berlino, si sentono distintamente anche in un' ampia sala le vibrazioni del microfono prodotte dai battiti cardiaci. L' esame comparativo dei suoni cardiaci con quelli del telefono, dimostra che i suoni del cuore precedono di poco quelli del telefono. Il Mosso dimostra come non si tratti di una riproduzione microfonica dei suoni del cuore, ma semplicemente di una riproduzione del polso negativo toracico. Ad ogni sistole cardiaca nel momento in cui esce un'onda sanguigna della cavità del torace, deve prodursi una pressione negativa ed una specie di vuoto nella cassa toracica corrispondente al sangue, che prima era contenuto nella cavità sinistra del cuore. Questo vuoto diventa causa di una depressione del torace e di una serie di fenomeni ai quali il Mosso diede già in un altro lavoro il nome di *polso negativo*. I suoni riprodotti dal telefono nell'esperienza fatta dinanzi all'Accademia, corrispondono al polso negativo toracico.

Il Mosso ritiene che questo metodo di sentire contemporaneamente i suoni del cuore e i movimenti del polso per mezzo del microfono e del telefono coniugato, potrà riuscire di qualche vantaggio nello studio del dicrotismo e dei fenomeni sfigmici.

Tutti i tentativi fatti fino ad ora per iscrivere i suoni del cuore non sono ancora riusciti ad alcun risultato. Sebbene il dott. Giboux nella sua memoria intitolata: *Le microphone et les applications en medicine* dica di aver sentito con un apparecchio analogo i suoni del cuore e di essere riuscito a scrivere con un segnale Deprez il tracciato di una rivoluzione cardiaca; il Mosso non dubita di affermare che il dott. Giboux è caduto in un errore. Ciò che egli scrisse sono i movimenti impressi dalle pareti toraciche al microfono. I suoni del cuore non vennero fino ad oggi scritti da alcuno per mezzo del telefono.

Mosso e Depaoli. — **Azione che il freddo ed il caldo esercitano sopra i vasi sanguigni dell'uomo.** (*Atti dell' Accademia dei Lincei*, 1880).

La dilatazione dei vasi sanguigni nell'antibraccio dell'uomo è uniforme, ossia proporzionale all'aumento delle temperature quando si fa passare successivamente il braccio da 8° a 36° C. Appena si oltrepassano i limiti della temperatura normale del sangue, si modifica lo stato dei vasi e succede un rilassamento delle loro pareti.

L'elasticità dei vasi viene studiata colla misura dei cangiamenti di volume dell'antibraccio sotto pressioni e temperature variabili.

Bizzozero e Salvioli. — **Salasso ed Emoglobina.** (*Gazzetta delle Cliniche* 1880).

1.° Le sottrazioni sanguigne, anche piccolissime, producono sempre una regolare diminuzione della quantità procentuale di emoglobina. Nei cani, ad esempio, gli autori notarono ciò, sottraendo una quantità di sangue che appena superava l'un per cento (1,12 0|0) del peso del corpo dell'animale. Ciò contraddice ai risultati ottenuti recentemente da altri, probabilmente con metodi meno esatti di quelli usati dai suddetti;

2.° Confermarono il fatto già noto che il diminuire dell'emoglobina incomincia già durante il salasso. Tenendo dietro a questa diminuzione posero in sodo che essa continua, e raggiunge il suo *maximum* il più delle volte il 1.° o 2.° giorno dopo l'operazione: più di rado al 3.°;

3.° La diminuzione dell'emoglobina è, in generale, proporzionale alla quantità di sangue levata. Nel cane, ad esempio, per ogni 1 0|0 del peso del corpo di sangue sottratto, l'emoglobina diminuisce di una quantità, che negli esperimenti fatti varia dal 10 al 13 0|0 della quantità primitiva. Ciò si osserva anche in salassi successivi fatti in uno stesso animale. Dissero in generale poichè in qualche caso questa proporzionalità non venne osservata senza che si potesse trovare la ragione del fatto;

4.° Raggiunto il *maximum* di diminuzione, l'emoglobina tende rapidamente ad aumentare. Questo aumento riesce naturalmente più spiccato quando l'animale venne reso anemico da precedenti salassi, poichè in questa condizione l'entrata di quantità anche moderata di glo-

buli rossi, nel sangue, rappresenta un aumento relativamente notevole della quantità d'emoglobina contenuta in questo ultimo;

5.° Tutti questi fatti confermano l'opinione che il sistema circolatorio tende sempre a contenere la stessa quantità di liquido; sicchè, sottratta una certa quantità di sangue, il compenso ottenuto coll' adattarsi (restringendosi) dei vasi alla minor quantità di liquido rimasto è affatto transitorio, e viene presto sostituito con un compenso più durevole, cioè coll'entrata in circolo di una quantità di siero sensibilmente eguale a quella del sangue sottratto.

TIZZONI e FILETI. — **Influenza della luce sulla produzione dell'emoglobina.** (*Atti dell'Accademia dei Lincei*, 1880).

In generale in conigli (età 23 giorni) tenuti perfettamente al bujo ma in buone condizioni, la quantità di emoglobina decresce, il peso dell'animale dapprima aumenta e poscia comincia a diminuire: pochi giorni dopo di questo ultimo fenomeno ha luogo la morte, la quale si è verificata entro i due mesi dal principio dell'esperienza. Conigli di confronto della stessa età, anzi della stessa cavata, lasciati alla luce, ma nelle stesse condizioni di vitto e di vita, mostrarono sempre accumulo di emoglobina e di peso.

C. VON NOORDEN. — **Contributo all'analisi spettrale quantitativa del sangue.** (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, 1880).

Già in antecedenti lavori Hüfner si era occupato della determinazione delle costanti ottiche dell'ossiemoglobina, adoperando a ciò la sostanza umida e fissandone il coefficiente di estinzione per mezzo del suo spettro-fotometro. Nel presente lavoro fatto da Von Noorden sotto la direzione dello stesso Hüfner con metodi più perfezionati, i risultati ottenuti da Hüfner sarebbero alquanto modificati. Il rapporto di assorbimento nella regione tra le due strie (Ao) sarebbe 0,001330; quello nella regione della 2.ª stria (Ao) sarebbe 0,001000.

HENNINGER e CATILLON. — **Peptoni.** (*Journal de Thérapeutique*, 1880).

Peptone è il prodotto dell'azione d'un fermento peptogeno quale la pepsina del succo gastrico e la tripsina del pancreas sopra gli albuminoidi.

Hüfner e Munk trovarono nella saliva fermento peptogeno analogo alla tripsina.

Lehmann distingueva l'albumina peptogena, la fibrina peptogena e la caseina peptogena.

Catillon prepara il peptogeno di carne nel seguente modo: 1 chilogramma di carne di bue finamente diviso si fa digerire a 45° in 5 litri di acqua che contengano 20 gr. di acido cloridrico a 22° B. e 35 grammi di pepsina. Dopo 12 ore della digestione si filtra si satura con bicar-

bonato di soda a bagno maria e si ha così metà del suo peso di peptoni.

Non v'ha accordo sulle proprietà alimentari dei peptoni. Voit e Brücke dicono i peptoni servire a salvare dalla decomposizione parte dell' albumina organica.

Plosz e Maly danno valore nutritivo ai peptoni, infatti il primo nutrì dei cani con latte artificiale che conteneva fibrina peptonica, glucosio, burro e sali; il secondo nutrì dei piccioni con miscuglio di amido, sostanze grasse, gomma, cellulosio, sali e fibrina peptonica.

Leube usò i clisteri nutritivi, che contenevano peptoni, la loro composizione era di acqua, pancreas di bue, carne, grano triturato.

L'uomo e gli animali sottoposti a clisteri alimentari che racchiudono peptoni, non perdono in forza ed in peso.

Catillon si assoggettò a questo esperimento: si pesava e misurava la qualità di urea che emetteva sotto eguale regime, 350 gr. di pane, 300 gr. di carne, 350 gr. di patate, 30 gr. di butirro. Poi rimpiazza la carne con peptoni di carne presi per bocca o per il retto. Aumentava di peso. L'urea aumentava in rapporto alla proporzione di peptoni ingeriti

Langendorff. — **Potere digestivo del pancreas negli uccelli.** (*Archiv. für Anat. und Phys.* 1879).

Il pancreas nei colombi è relativamente grosso (1|125-1|78 del peso del corpo). L' umore ottenuto dalle fistole è chiaro acquoso, alcalino. Contiene di parti solide il 1,29-1,41 0|0, ed ha 0,33 di sostanze organiche. Aggiungendovi dell'acqua si ha intorbidamento, che scompare per l'aggiunta di acido acetico; si riconosce così la presenza di miosina o di paraglobulina. Non v'hanno elementi morfologici nel succo. Il predetto umore ha un'attività saccarificante, emulsiona energicamente i grassi neutri; minore è la sua attività sulla fibrina di quella, che ha il succo pancreatico del cane. La quantità di liquido ottenuto per ora dalla fistola è di gr. 0,5. Sulla secrezione non ha grande attività nè il curaro, nè la nicotina, nè la pilocarpina e l'atropina.

O. Sanquirico. — **Sulla digestione peptica delle rane.** (*Atti della R. Acc. delle Scienze di Torino*, 1880).

L'Autore fa prima un cenno della questione sul luogo di formazione della pepsina e del modo, con cui Heidenhain, modificando l'antica idea che essa venisse fabbricata nelle cellule dette appunto *a pepsina*, volle dimostrare che essa invece si forma nelle cellule prima dette *mucose* e che egli chiamò principali (Hauptzellen): quindi passa in rassegna alcuni lavori pubblicati di recente in Germania, nei quali viene confermata la teoria di Heidenhain, fondandosi nella struttura dell' intestino anteriore delle rane, nelle quali l'esofago conterrebbe ghiandole costituite da elementi simili alle *Hauptzellen*, ed ivi si secernerebbe la pepsina, mentre lo stomaco, i cui tubuli ghiandolari sarebbero costituiti da elementi si-

mili alle antiche cellule a pepsina (Belegzellen) non secernerebbe che l'acido necessario alla digestione. L'Autore invece innestando stomachi di rane, potè notare che avvi produzione di pepsina anche nello stomaco, e non solo, ma potè anche riconoscere che gli elementi, che ne costituiscono le ghiandole sono identici a quelli delle ghiandole esofagee, dimostrando che gli altri caddero in errore perchè studiarono sopra soggetti ibernanti; viventi quindi iu condizioni poco favorevoli per l'esame della loro facoltà. Perciò l'Autore conchiude che le rane non si prestano per venire ad una conclusione valida, e che volendo ammettere (come ammette l'opinione generale) che le cellule ghiandolari dello stomaco ranino, che egli conobbe come pepsinogeno, corrispondono alle Belegzellen dei mammiferi, questi devono secondo la vecchia ipotesi di Kölliker, essere ritenuti come le produttrici della pepsina, non le *Hauptzellen.*

Boni. — **Metodo facile di praticare la fistola gastrica.** (*Giornale internazionale di scienze mediche, 1880*).

L'Autore fece costrurre una breve cannula, che invagina uno stiletto metallico acconciamente accuminato. Con un colpo deciso lo stiletto e la cannula vi penetrano con tutta facilità le pareti addominali e le gastriche, già preventivamente dilatate per grande ingestione di cibo. Ciò fatto, si ritira subito lo stiletto, senza tema che seco trascini all'infuori la cannula che resta invece tenacemente fissata al di dentro sulla cavità dello stomaco per mezzo di due linguette metalliche. Queste sono articolate colla cannula, e prima dell'atto operatorio e durante la puntura si trovano strettamente avvicinate alla punta dello stiletto, dal quale si allontano per addossarlo alla mucosa gastrica, non appena l'istrumento ha raggiunto il cavo ventricolare. Come di leggieri si comprende, codesto movimento è affidato ad un congegno meccanico particolare, il quale potendo restituire le due linguette metalliche alla posizione primitiva, rende non solo possibile, ma agevolissima l'estrazione di detta cannula.

Bufalini. — **Sulla destinazione fisiologica del corpo semilunare di Giannuzzi.** (*Giornale internazionale di scienze mediche.* Nuova serie. Anno I).

L'Autore osservando le ghiandole sottomascellari in cani, in cui era stata recisa la corda del timpano verificò che le cellule mucipare, ed il corpo semilunare si rimpicciolisćono egualmente e di pari passo. Credette quindi che non fossero ad accettare per buone tutte le altre ipotesi immaginate a spiegare le funzioni del corpo semilunare compresa quella che lo ritiene come forma embrionale degli acini muciparì. Palesa all'incontro che i suoi elementi costitutivi sono analoghi alle cellule di fermento; conchiude quindi che essi devono segregare il fer-

mento della saliva, la *ptialina,* mentre le cellule mucose non secernerebbero che il *muco.*

Corona. — **Possibile emulsionamento dei grassi per parte della saliva mista orale dell'uomo.** (*Giornale internazionale delle scienze mediche di Napoli, 1880*).

1.° L'agitamento rapido della saliva mista orale umana coll'olio d'oliva a parti uguali produce perfetto apparente emulsionamento ad occhio nudo, e reale col microscopico.

2.° L'emulsionamento non resta tale per tutta la quantità d'olio adoperata, bensì per la maggior parte. La quantità emulsionata però, si mantiene inalterata anche dopo molti giorni.

3.° Non tutta la saliva adoperata viene impiegata nell'emulsionamento. Una parte se ne deposita al fondo della provetta conservando il suo potere saccarificante carratteristico.

4.° L'emulsionamento ottenuto colla saliva umana mista non è dovuto alla lieve alcalinità della saliva medesima giacchè le esperienze citate provano che l'olio puro non viene sdoppiato dalla lieve proporzione degli alcalini contenuti nella stessa saliva.

5.° L'emulsionamento ottenuto colla saliva mista orale ed injettato nelle vene modifica la tolleranza dell'olio in minor grado della saliva zigomatica del cane.

6.° E quindi la saliva mista orale umana dotata di un breve potere emulsionante.

Jolyet e Laffont. — **Nuovo processo per il taglio intracranico del facciale.** (*Progrès médicale, 1880*).

Si prende come punto di ritrovo la linea curva superiore dell'occipitale ed il tubercolo della sua estremità esterna, d'onde partono in avanti la radice superiore dell'apofisi zigomatica, in dietro ed in basso la cresta mastoidea del temporale. È nell'angolo formato dalla linea curva superiore dell'occipitale e la cresta mastoidea del temporale, ad uguale distanza dall'apice di quest'angolo e dal condilo dell'occipitale, che si fa penetrare nel cranio un perforatore. Fatto ciò, l'istrumento arriva sul facciale, si ha un ammiccamento della palpebra particolare; ed allora imprimendo all'istrumento dei piccoli movimenti dall'alto in basso si recide il facciale, e si riconosce esservi riuscito dall'impossibilità di chiudere la palpebra dal lato operato. Lo stesso strumento, penetrando più avanti, permette di tagliare le origini del trigemino. L'animale si rimette prontamente dall'operazione, e 15 giorni o 3 settimane dopo Jolyet e Laffort hanno potuto vedere che la salivazione sotto-mascellare era abolita, ma gli effetti vaso-dilatatori intatti.

Da ciò gli Autori conchiudono che il facciale non fornisce filetti vaso-dilatatori.

Brown-Séquard. — L'anestesia dovuta ad alcune lesioni del centro cerebro-rachideo può essere rimpiazzato dall' iperestesia per altra lesione di questo centro.

L'Autore sopra cani, cavie e conigli tagliò la metà laterale della protuberanza anulare dietro ad uno de' peduncoli cerebellari medj. Si ha aumento della sensibilità dal lato della lesione e diminuzione dall' altra parte. — L'iperestesia e l'anestesia si sono presentati negli arti pelvici.

Se la sezione della protuberanza è fatta a destra, l'arto pelvico dello stesso lato era iperestesico, quello sinistro era anestesico. — Allora tagliava trasversalmente la metà laterale sinistra del midollo spinale a livello della 10.ª vertebra dorsale, l'arto pelvico sinistro che avea perduto la sensibilità dopo la prima lesione, era diventato iperestesico, invece l'arto pelvico destro che in prima era iperestesico divenne dopo anestetico. L'iperestesia del lato della lesione del midollo spinale è stata notevole anche quando questa lesione fu fatta in un animale che non fu sottoposto ad altra operazione.

Recisa la metà laterale destra dell' encefalo a livello dell' estremità anteriore del peduncolo cerebrale, ed avendo constatato diminuzione della sensibilità negli arti del lato opposto, si fece una seconda lesione con sezione trasversale della metà laterale sinistra del bulbo rachideo. Si trovò iperestesia nell'arto pelvico sinistro (che era stato anestetico. ed anestesia nell'arto pelvico sinistro (che era stato iperestesico). Una seconda lesione fece cessare gli effetti precedenti e dimostra effetti del tutto contrarj.

La produzione di anestesia ed iperestesia si può spiegare nel modo seguente: alcuni punti del centro cerebro-rachideo posseggono la facoltà di fare scomparire la proprietà di altre parti del sistema nervoso per influenza di arresto e gli stessi punti sono dotati di altre proprietà, per cui le lesioni irritative possono aumentare la attività, la proprietà o le azioni delle parti più o meno distanti. L' anestesia è effetto di influenza inibitoria sugli elementi sensibili del midollo spinale e l'iperestesia è effetto di azione dinamogena sugli stessi elementi.

Bimmermann. — Influenza dei nervi sulle cellule pigmentarie della rana. (*Dissertazione inaugurale dell' Università di Strasburgo, 1878*).

Si fecero ricerche praticando un taglio trasverso di nervi e eccitandone l'estremità periferica con eccitamenti elettrici, meccanici e chimici: così si ottiene che il cambiato colore d'una parte dipende dal sistema nervoso centrale: il che si dimostra dalla sezione trasversale del midollo spinale e dal suo eccitamento coll'elettricità, dalla grande perdita di sangue dell'animale e dalla stricnina.

Per via riflessa si hanno cangiamenti di colore della pelle della rana.

Il centro per il cambiamento di colore è nel midollo allungato e nel midollo spinale.

Il cangiamento di colore nella pelle delle rane presenta numerose analogie col cangiamenti del lume dei vasi.

Albertoni. — **Sull'eccitabilità dei nervi vaso-dilatatori nei neonati.** (*Sperimentale 1880*).

L'Autore dalle sue esperienze conclude: che i nervi vaso-dilatatori, a somiglianza degli arretratori cardiaci, non rispondono negli animali nei primi giorni della vita extra uterina eccitabili, neppure per correnti relativamente assai più forti di quelle, che bastano per produrre effetto nell'animale adulto. — Questi nervi acquistano però sollecitamente un grado notevole e completo di eccitabilità. — Perocchè mentre per l'irritazione del nervo linguale nessuna modificazione si palesa nella metà corrispondente della lingua in cagnini e gallini di 1, di 3 e 4 giorni; i risultati sono totalmente differenti nei cagnolini di 15 e 16 giorni, cioè eguali a quelli che si hanno nell'adulto.

F. Frank. — **Temperatura dei varj strati del cervello e riscaldamento del cervello per la sezione del simpatico.** (*Société de Biologie*, maggio 1880).

La temperatura del cervello e meno elevata negli strati superficiali che nei profondi — la differenza può essere di 1.° C.

Si può dimostrare il fatto con catetere termoelettrico, che per piccola perforazione al cranio vada negli strati profondi dell'emisfero cerebrale — l'altra sonda trovandosi invece negli strati superficiali.

Le regioni superficiali del cervello sono meno calde delle profonde e questo dipende dalla perdita di calorico, che succede negli involucri del cervello.

La temperatura profonda del cervello è inferiore di alcune frazioni di grado $^1/_{10}$—$^2/_{10}$ alla temperatura del sangue dell'aorta toracica perchè forse il sangue arterioso subisce traversando la regione del collo una leggiera perdita di temperatura.

Le regioni superficiali del cervello possono essere riscaldate dalla lesione del simpatico cervicale. — Il riscaldamento cerebrale sembra essere sottoposto all'elevazione della temperatura degli integumenti del capo. — Infatti tagliando il simpatico dopo di avere legata la carotide esterna e dopo aver obliterato i vasi pericranici per mezzo dell'injezione di polvere inerte, non è certa l'elevazione della temperatura cerebrale.

Maggiorani. — **Influenza del magnetismo sul cervelletto.**

Il nervo separato appena dall'animale, dà segni di risentire l'influenza del magnetismo, collocato che sia fra i poli d'una calamita potente.

È un dato sperimentale che nervi e muscoli danno passaggio a correnti elettriche, e che da queste si può generare un magnetismo per induzione.

Il potere direttivo è virtù principale del magnetismo ed è pure retaggio dell'automatismo animale.

La costituzione di due centri di forza eguale e contraria è fonte di equilibrio, e di questo abbisognano e sono capaci i moti animali.

I moti rotatori che animano l'agente magnetico, mantengono il parallelismo dei piani orbitali e servono al suddetto equilibrio.

Il magnetismo è fonte di potenza motrice.

La calamita che non può entrare in conflitto se non con corpi magnetici esercita una manifesta influenza sugli animali.

Quella influenza prende in ispecie di mira quel centro nervoso, che per argomenti fisiologici e clinici è dimostrato presiedere alla birezione ed all'equilibrio dell'animale, e che è pure una sorgente di forza motrice.

Nell'esercizio della sua attività la calamita determina nell'animale, oltrechè la vertigine, il barcollamento, ecc, anche la comparsa di proprietà essenziali al magnetismo, quali sono la trasmissione per influenza, la polarizzazione, il rovesciamento dei poli e l'alterazione.

Il fatto dell'incostanza dei fenomeni magnetici nella specie umana non può servire ad infirmare, secondo l'Autore, le sue conclusioni, perchè in tesi generale la connessione fra la causa oggettiva ed il suo effetto soggettivo è subordinato a molte condizioni modificatrici.

F. Corso. — **Influenza delle radici spinali sui moti del cuore.** Firenze 1880. (Tipografia della Gazzetta d'Italia).

Dalle esperienze fatte, l'Autore trasse le seguenti conclusioni:

L'aumento delle pulsazioni per l'irritazione del midollo spinale negli animali decapitati, non prova che in esso siano o passino dei nervi acceleratori, anche quando oltre la decapitazione sia stata fatta la sezione degli splacnici.

L'irritazione del midollo spinale produce contrazioni tetaniche del torace, se l'animale non fu prima bene curarizzato ed esercita anche un'azione nei vasi sanguigni, che sono sopra al punto dove sono stati tagliati gli splacnici. Tanto le contrazioni muscolari, quanto il restringimento dei vasi possono fare affluire al cuore una quantità maggiore di sangue, il quale naturalmente l'irrita meglio e lo fa battere più spesso.

Il rallentamento immediato, che si può osservare nei moti del cuore dopo la sezione del simpatico, può essere l'effetto del traumatismo, o di una dilatazione vascolare; o d'una irritazione riflessa sugli arrestatori.

Non potendo eliminare con certezza tutte queste cause di rallentamento e di acceleramento del polso, riesce difficile assai stabilirne la vera natura, la vera causa.

L'Autore irritò il simpatico toracico in vari cani decapitati, nei quali però impediva l'inevitabile e mortale emorragia con opportune legature, e solo due volte, ma nello stesso cane vide contrarsi il cuore. Ma

qual valore può avere questo fatto? Accade spesso che il cuore fermo da vari minuti si contragga spontaneamente.

Le opinioni di Striker non si possono accettare perchè egli fece le sue ricerche con un metodo inesatto, e l'acceleramento del polso si ha certamente irritando la parte periferica del vago nei cani in un punto più o meno vicino al ganglio cervicale medio, e il ganglio stesso, quindi l'ipotesi più probabile, sull'origine degli acceleratori è sempre quella del prof. Schiff.

Gli esperimenti dell'Autore proverebbero che l'aumento per le irritazioni del simpatico è un effetto di azione riflessa, che si fa per il ganglio cervicale superiore. Infatti nei cani l'aumento delle pulsazioni per le irritazioni delle radici spinali era sempre accompagnato dalla dilatazione della pupilla, l'estesiometro per eccellenza.

Carlo Maggiorani. — **Influenza del magnetismo sull'uovo fecondato nel corso della incubazione.** (Roma 1879).

Dalle osservazioni fatte dall'Autore si ricavano le seguenti conclusioni:

1.° Negli uovi sottoposti all'influenza del magnetismo lo svolgimento organico è quasi sempre ritardato in confronto degli uovi liberi di tale influsso. La differenza di sviluppo comincia a manifestarsi fin dal primo giorno dell'incubazione. Simigliante differenza suole notarsi anche negli uovi, a cui si applichi la calamita nel 4.° giorno dell'incubazione invece che al 1.° se vengano esaminati al 9.° ed al 10.°: non così all'ultimo settenario, ove sembra che il magnetismo possa influire sulla vita dell'embrione, ma non più sulla condizione del peso, della lunghezza e delle piume.

2.° Dividendo l'area della stufa in due emicicli ed occupandone uno con uovi liberi, l'altro con altrettanti sormontati ciascuno da una calamita, al termine dell'incubazione si osserva come nel campo degli uovi magnetizzati siavi un maggior numero di arresti di sviluppo nella proporzione di 4 : 1.

3.° A malgrado del più tardo sviluppo, la nascita del pulcino che appartiene ad uovo magnetizzato suol essere precoce; in 2 casi essa avvenne 30 ore incirca, in 4 fra le 14, e 12 ore innanzi che fosse compiuto il 21.° giorno e che venissero a luce i pulcini degli uovi liberi. Peraltro nei primi più spesso che nei secondi fu necessario l'ajuto, imperocchè l'animale aveva beccato il guscio e cacciato anche la testa al di fuori, ma non poteva liberarsi col resto del corpo. La membrana testacea sembrava in questi casi più resistente.

4.° I casi di morte senza causa apparente nelle prime ore e nei primi 2 o 4 giorni dopo la nascita sono più numerosi nei pulcini, che provarono l'azione del magnetismo di quel che lasciano gli stati esenti di tale influenza nella proporzione di 4 : 1.

5.° I superstiti fra i pulcini magnetizzati si mantengono per lungo

tempo più scarsi di prima (alla parte anteriore del collo) che non i loro compagni della stessa incubazione, ma che non provarono l'azione della calamita. Quelli però sono più vivaci di questi.

6.° Il magnetismo per quel che poteva giudicarsene ad occhio nudo non esercitava alcuna influenza sugli uovi infecondati, dei quali in complesso si rinvenne la proporzione di 9: 100.

7.° Le uova sormontate da spranghette di ottone offrivano embrioni somiglianti a quelli delle libere da qualsiasi influenza operando con grandi magneti a ferro di cavallo lunghi 20 centim.: l'uovo collocato sopra l'arco neutro non patisce alcuna modificazione nella regolarità del suo sviluppo e lo prova immancabilmente quello posto fra i poli, benchè ambedue soggiacciano alla medesima azione termica del metallo.

Non si è potuto dimostrare una proporzione fra l'aumento della intensità magnetica e la maggiore cospicuità del fenomeno di rallentato sviluppo degli embrioni. Da calamite mediocri si è ottenuto un tale effetto senza differenze molto notevoli del risultato prodotto dalle maggiori. Similmente la disposizione delle magneti nella linea del meridiano magnetico non ha mostrato di costituire una condizione essenziale alla comparsa del ridotto fenomeno.

Negli embrioni esenti da ogni influsso magnetico gli pterili fino dal decimo giorno mostrano inizio di piumicine, non è lo stesso dei magnetizzati, in cui le piume spuntano più tardi e scarseggiano in paragone anche alla nascita.

Schenk. — **Influenza dei colori sullo sviluppo degli animali.** (*Schenk's Mitte* Wienn, 1880).

Sotto vetri diversamente colorati si posero embrioni di animali (rane). Dacchè lo sviluppo era cominciato si studiarono sulla loro lunghezza. Sotto l'azione della luce rossa i movimenti descritti da Bischoff avvenivano più presto che sotto l'altra luce.

Sembra che la luce rossa favorisca il moto delle ciglia vibratili. Così i moti della coda si veggono più presto alla luce rossa, mentre nell'azzurra non si vedono moti o solo più tardi. Portando alla luce rossa embrioni, che eran sotto la luce azzurra si favorisce il loro movimento.

Ranvier. — **Azione dei nervi sopra i muscoli.** (*Leçons d'anatomie générale*, 1880).

Sia per i muscoli lisci o striati due teorie differenti cercano spiegare l'azione dei nervi sopra i muscoli; l'una per una scarica elettrica, l'altra per la produzione all'estremità del nervo di una sostanza chimica, che irrita la fibra muscolare. Forse la vera spiegazione è estranea a queste due.

L'istologia insegna che i muscoli striati o lisci non funzionano che alla condizione vi sia contatto fra l'estremità nervosa e la sostanza contrattile.

Nei muscoli striati l'arborizzazione terminale del nervo arriva al contatto immediato della sostanza contrattile.

ALBERTONI. — **Sul rosso della retina nel feto e nel neonato.** (*Sperimentale*, 1880).

1.° In alcuni animali il rosso retinico ed i bastoncini cominciano a presentarsi prima della nascità, in altri dopo la nascita.

2.° In tutti gli animali il rosso retinico raggiunge la sua massima intensità dopo la nascita; ed in quelli partoriti cogli occhi chiusi alcuni giorni dopo che li hanno aperti.

3.° In nessun animale il rosso retinico presenta al suo comparire la massima intensità, ma invece va crescendo lentamente gradatamente.

4.° Vi ha, come si poteva presentire, uno strette rapporto fra lo sviluppo dei bottoncini (membri esterni) e del rosso retinico.

JAC. MOLESCHOTT e S. FUBINI. — **Sull'influenza della luce mista e cromatica nell'esalazione di acido carbonico per l'organismo animale.** (*Atti dell'Accademia delle Scienze* di Torino, 1879).

Moleschott nel 1855 per il primo dimostrò che la luce aumenta l'esalazione di CO_2 nella rana. Questo fatto si è verificato poscia in molte altre specie di animali. Ammettendo che il CO_2 esalato al buio sia uguale a 100 per la medesima unità di peso e di tempo la media produzione di CO_2 alla luce è 132 per gli anfibi, 138 per gli uccelli, 134 per i mammiferi.

Otto von Platen osservò che l'azione della luce negli occhi accresce non solo il CO_2 esalato, ma anche l'ossigeno consumato, quindi si osserva una vera attività nel ricambio della materia.

Fubini e Ronchi provarono che l'es lazione di CO_2 per la pelle dell'uomo cresce quando l'organismo intiero subisce l'influenza della luce.

Fubini dimostrò che rane che sopravvissero per più mesi privi di polmone, respiravano per la pelle una quantità maggiore di CO_2 alla luce che al buio.

Quando nei mammiferi la luce si sottrae ai soli occhi, allora la diminuzione del CO_2 esalato è meno grande che quando la luce si sottrae al corpo intiero.

La luce aumenta maggiormente il CO_2 esalato quando può simultaneamente agire per la pelle e per gli occhi, che non quando la sua azione è limitata sulla pelle.

Moleschott ne inferiva che gli occhi per una parte dovessero causare quell'effetto della luce, e concludeva che l'azione della luce in parte si svolge per la via della pelle.

Per eliminare un'obbiezione di Pflüger si tolsero gli occhi a varie specie di animali e si riconobbe che l'influenza della luce anche in animali del tutto ciechi, aumenta considerevolmente l'esalazione di CO_2 sebbene assai meno che negli animali veggenti.

La luce attizza il ricambio della materia quand'anche non possa agire sugli occhi.

La pelle e gli occhi con probabilità si rinforzano a vicenda nell'aumentare la esalazione di CO_2 sotto l'influenza della luce.

Si dimostrò che la presenza dei centri nervosi non è indispensabile perchè la luce spieghi i suoi effetti.

La respirazione parenchimatosa si attizza pure alla luce, e quella dei muscoli in modo così forte che questi si possono considerare la sorgente precipua dell'aumento di CO_2, che producono gli animali sotto l'azione della luce.

Nella luce azzurra violacea tanto le rane che gli uccelli ed i mammiferi esalano maggior copia di CO_2 e nella luce azzurra-violacea si mantiene altrettanto e talora di più che nella luce mista o bianca.

La luce rossa è inefficace per le rane, aumenta il CO_2 prodotto dagli animali omojotermici, in ispecie quello esalato dagli uccelii sebbene sempre meno assai di quanto la accresce la luce azzurro-violacea.

Nei mammiferi ciechi si osservò la luce rossa essere meno attiva della azzurro-violacea e questa pareggiare la luce bianca.

A parità di circostanze col grado di luce va crescendo la quantità di CO_2 esalato, regola che si manifestò nelle rane, negli uccelli e nei mammiferi, sia quando erano ciechi, oppure veggienti, nella luce mista e colorata.

L'influenza del grado di luce negli animali omojotermici è molto più forte prima che dopo l'accecamento.

La luce rossa, che nelle rane non aumenta l'esalazione di CO_2, non acquista neppure influenza col crescere della sua intensità.

Lo studio fatto sul mielencefalo dimostra che la respirazione dei tessuti cresce coll'efficacia chimica che spiega la luce.

Da osservazioni di Moleschott fatte nel 1857 sulle rane, si dimostra che a pari temperatura, la produzione di CO_2 cresce col grado di luce. — Per maggiori particolari vedi l'articolo bibliografico a pag. 283 del vol. CCLI di questi *Annali.*

F. Frank. — **Movimenti dell' iride indipendenti del sangue.** (*Travaux du laboratoire di Marey*, 1878-79).

Secondo l'Autore le variazioni del contenuto di sangue dell'iride non sono bastanti per spiegare i cangiamenti nel diametro della pupilla.

I nervi irido-dilatatori che trovansi nel cordone cervicale del simpatico possono essere separati dai nervi vaso-motori sopra del ganglio cervicale superiore ed a livello dei nervi ciliari.

La dilatazione pupillare per l'eccitamento del simpatico cervicale non è sotto la dipendenza della chiusura dei vasi cerebrali, comincia prima della chiusura dei vasi e termina quando i vasi continuano ancora a chiudersi.

Si provoca la dilatazione delle pupille eccitando il simpatico negli ani-

mali morti per emorragia. L'emorragia produce la dilatazione della pupilla non già paralizzando il nervo oculo-motore comune ma eccitando il simpatico; questa azione eccitante è centrale.

Si produce la dilatazione o la chiusura dell'iride eccitando i nervi ciliari dilatatori o costrittori senza modificare la pressione intra-oculare.

MENDELSSOHN. — **Eccitamento latente del muscolo nella rana e nell'uomo allo stato sano e morboso.** (*Travaux du Laboratoire di Marey*, 1878-79).

Nella rana la durata dell'eccitamento latente non è costante, varia secondo la stagione, la temperatura, la lunghezza, la nutrizione del muscolo e soventi in rane della stessa grandezza con muscoli di apparenza sana. La media della sua durata nel gastrocnemico di rane è di 0,008 di 1".

La durata del tempo perduto dal muscolo è in generale in rapporto inverso coll'ampiezza della curva muscolare nello stesso animale.

La durata dell'eccitamento latente aumenta colla diminuzione e diminuisce coll'aumento dell'intensità della corrente elettrica. Fatto questo che si applica alle correnti d'induzione ed a quelle di correnti galvaniche.

La fatica prodotta per successivi eccitamenti aumenta poco a poco la durata del periodo latente, e diminuisce se il muscolo stanco si riposa. Una fatica eccessiva produce un certo raccorciamento del muscolo, il cui tempo perduto aumenta sempre un poco seguendo gli effetti della fatica, o non cambia più e resta costante fino alla scomparsa della contrattilità muscolare per la fatica.

Il periodo latente di un muscolo accorciato da una sola contrazione diminuisce in ragione dell'accorciamento del muscolo se questo è eccitato, mentre sta per rilasciarsi.

Dopo la sezione di un nervo motore, il periodo latente del muscolo diminuisce nel tempo stesso che aumenta l'eccitabilità muscolare, il che è dovuto ad un raccorciamento del muscolo causato dalla sezione del nervo.

Quando il muscolo sopporta un peso per mezzo di filo elastico, la durata del tempo perduto non comincia ad aumentare che quando il muscolo è carico di 30-50 grammi (limite dell'elasticità). Aumenta da 5 grammi quando il peso è tenuto con filo non elastico.

Il curare a dosi elevate aumenta il tempo perduto e diminuisce l'eccitabilità del muscolo. La stricnina diminuisce gradatamente la durata del periodo latente finchè il muscolo si è del tutto staccato per forti tetani, a questo periodo il tempo perduto aumenta. La veratrina a piccole e adatte dosi diminuisce la durata dell'eccitamento latente; questo periodo in un muscolo sotto l'influenza della veratrina ed accorciato dalla contrazione precedente aumenta col grado di accorciamento e diminuisce a misura che il muscolo si allunga e ritorna al suo stato normale.

La durata dell'eccitamento latente è in rapporto inverso coll' eccitabilità e la contrattilità muscolare. Tutto quello che influisce sulle proprietà muscolari fa variare il tempo perduto. Il rapporto del tempo perduto coll' elasticità muscolare non può esser determinato esattamente.

La durata del periodo latente del muscolo nell'uomo sano non è costante. Varia secondo l'età, il sesso, sovente è diversa a destra ed a sinistra e nei muscoli flessori ed estensori dello stesso arto. Il tempo perduto varia secondo lo stato di sua nutrizione e della sua attività, frattanto non è sempre più breve nei forti ed in coloro che hanno muscoli sviluppati. La media ordinaria è di 0,006 — a 0,008, di 1".

Il periodo latente nell'uomo varia coll' intensità della corrente elettrica. Diminuisce nei muscoli mediocremente contratti, aumenta per la fatica prodotta da vari eccitamenti.

Il periodo latente è in rapporto inverso coll'ampiezza della curva muscolare lavorando sullo stesso muscolo, ma non è così agendo sui vari muscoli dello stesso soggetto od in soggetti differenti.

La durata dell'eccitamento latente è in rapporto inverso coll' eccitabilità e la contrattilità muscolare e dipende nello stato patologico sovratutto dai disordini trofici dei muscoli.

Kronecker e Marckwald. — **Sopra i movimenti respiratori del diaframma.** (*Archiv. für Anat. und Physiologie*, 1879 p. 592, 594).

Eccitando per mezzo di correnti elettriche il nervo frenico di un coniglio, e scrivendo la contrazione del diaframma, Kronecker e Marckwald hanno notato che questa contrazione ha una durata da 0,15 di secondo a 0,3 al principio dell'esperienza, e 0,5 di secondo quando il nervo ed il muscolo sono stanchi. Se si taglia il midollo ad un coniglio in maniera di paralizzare i movimenti respiratori, si possono impedire gli effetti di questa paralisi, cioè l'asfissia, eccitando ritmicamente per mezzo di correnti elettriche interrotte, la estremità periferica dei nervi frenici. Perchè la contrazione diaframmatica così provocata abbia la forma della contrazione diaframmatica della respirazione normale, fanno d'uopo da 15 a 20 interruzioni per secondo. Mettendo a nudo il midollo allungato, eccitando il centro respiratorio, Kronecker e Marckwald hanno osservato che finchè l'animale è in istato di apnea (dopo una respirazione artificiale prolungata, per esempio) una sola scossa elettrica non può provocare movimenti del diaframma. Queste eccitazioni isolate non agiscono, per far muovere i muscoli respiratori, che allorquando vi sono nello stesso tempo degli eccitamenti chimici (sangue carico di acido carbonico).

Röhrig. — **Fisiologia del movimento dell'utero.** (*Virchow's Archiv*, 1879).

L'Autore curarizza gli animali, sopra cui esperimenta, mantenendoli in

vita colla respirazione artificiale e coprendo l'utero con anse intestinali per impedire l'essicamento dell'organo.

Aumentano le contrazioni uterine a mano a mano che coll'eccitamento elettrico si discende dal midollo allungato al midollo lombare.

Reciso il midollo spinale fra l'occipite e l'atlante, si veggono moti peristaltici dell'utero e della vescica eccitando il tronco inferiore del midollo. Goltz vide una cagna col midollo spinale reciso in corrispondenza della prima vertebra lombare divenir gravida e partorire, il che dimostra che la parte lombare del midollo spinale presiede all'atto del parto.

In animali curarizzati che avevano la sezione del midollo spinale sotto la 10.ª vertebra dorsale, se in essi si sospende la respirazione artificiale si vide 5"-10" dopo tale sospensione che avevano luogo moti peristaltici dell'utero. L'asfissia sarebbe la vera causa del parto dopo la morte in donne appiccate.

Distruggendo la parte del midollo spinale sotto il taglio indicato, non si verifica traccia di moto uterino anche raggiungendo alto grado di asfissia.

La compressione dell'aorta nell'addome fatta sopra delle arterie renali, le contrazioni dell'utero insorgono solo dopo 50"-110", se la compressione si fa all'origine dell'aorta avvengono dopo 10"-20".

Le injezioni di stricnina provocano contrazioni uterine senza diminuzione della loro energia quando si pratica il taglio del midollo spinale verso la 10.ª vertebra dorsale, non si verificano più se si distrugge il midollo lombare con filo metallico rovente.

Dopo avvelenamento colla stricnina la contrazione dell'utero è tetanica. Dopo injettato solfato di stricnina nella giugulare, l'utero si raddrizza convulsivamente per 30" fino ad 1', quindi riposa, dopo 10"-15" si hanno ancora contrazioni.

La picrotoxina injettata nelle vene agisce come la stricnina.

Coll'acido fenico si hanno moti peristaltici dell'utero. La caffeina ad alte dosi produce pure moti all'utero, così le soluzioni di ammoniaca al 2 0[0, anzi queste provocano contrazioni all'utero anche dopo la distruzione del midollo spinale.

Kühne dimostrò l'ammoniaca essere eccitante dei muscoli striati, con questo sperimento lo si provò essere eccitante dei muscoli lisci. Il carbonato di ammoniaca ed il cloruro di ammonio agiscono come l'ammoniaca diluita.

Le injezioni intravenose dell'estratto di calabar e dell'estratto acquoso di segala cornuta provocano contrazioni all'utero e non agiscono dopo la distruzione del midollo spinale.

Per mezzo del cloroformio, cloralio, oppio e belladonna si vide che l'eccitamento elettrico diretto all'utero ed ai nervi uterini discendenti lungo l'aorta non è diminuito, ma solo è diminuita l'eccitabilità del midollo spinale.

L'eccitamento elettrico con correnti indotte non troppo forti e l'ec-

citamento meccanico e chimico di nervi sensibili inducono nell'utero moti peristaltici e tetanici: sovratutto il nervo sciatico ed il crurale.

L'Autore concorda con Körner: che nel momento del taglio dei nervi uterini e dei nervi sacrali, l'utero ha contrazione peristaltica unica, breve, poscia succede quiete.

Sezionando i nervi uterini se si eccita il midollo spinale si ha moto peristaltico dell'utero debole.

Moti forti si hanno quando dopo tagliati i nervi sacrali si applicano stimoli al midollo spinale.

Tagliato il simpatico ed il plesso sacrale nè per eccitamento diretto del midollo spinale, nè per via riflessa si producono contrazioni dell'utero.

Eccitamento debole di monconi periferici del plesso uterino tetanizza l'utero.

Deboli contrazioni all'utero avvengono per eccitamento elettrico dei monconi periferici dei nervi sacrali tagliati.

L'eccitamento centripedo dei nervi sacrali provoca contrazioni dell'utero.

L'innervazione motoria dell'utero dipende dai plessi uterini e dai nervi sacrali, che coi nervi ovarici formano attivo circolo riflesso fra l'utero ed il midollo spinale.

L'eccitamento diretto dell'utero ne provoca la contrazione e queste dipendono da azioni riflesse.

Per le compressioni dell'aorta addominale si hanno contrazioni all'utero che dipendono, secondo l'Autore, dall'eccitamento meccanico dei plessi uterini che decorrono a ridosso dell'aorta istessa piuttosto che dall'anemia dell'utero.

Il salasso attiva i moti dell'utero ma non più quando è distrutto il midollo spinale.

L'Autore ritiene il centro spinale essere l'unica fonte di impulso che giunge all'utero e così si possono spiegare i fenomeni di movimento dell'utero e suoi annessi.

Golgi. — **Muscoli volontari.** (*Ann. univ. di med.* 1880, vol. CCLI, p. [illegible]).

1° La dimostrata continuazione degli elementi muscolari nel tessuto tendineo deve essere considerata qual nuova prova, da aggiungersi a quella risultante dalle ricerche embriologiche, dell'intima parentela esistente fra il tessuto muscolare ed il tendineo. Ciò che non è senza valore anche dal punto di vista patologico.

2° Questi risultati forniscono un nuovo dato per risolvere la questione, da lungo tempo discussa, sulla struttura delle fibre muscolari. [illegible], contrariamente all'opinione di Bowmann, Hensen, Krause, ecc., il fatto della continuazione delle fibre muscolari in altrettanti fasci di fibrille tendinee, evidentemente deve essere considerato quale valido ar-

gomento in appoggio dell'opinione di Kölliker, che la fibra muscolare primitiva, risulta da un aggregato di fibrille (fibrille muscolari primitive).

Hadra. — **Azione dell' aria compressa sull' urea dell' uomo.** (*Centralblatt*, 1880).

Si trovò sopra individuo che stette per 17 giorni in un gabinetto pneumatico che si aveva aumento dell' urea. Si facevano determinazioni col metodo Liebig.

Schiaparelli e Peroni. — **Di alcuni nuovi componenti dell'urina umana normale.** (Accad. delle Scienze di Torino, 1880).

Il presente lavoro versa specialmente sulla ricerca di quegli elementi i quali si trovano in piccola quantità nell'urina umana normale, specialmente, litio, cesio, rubidio, cerio, lantanio e didimio. Gli autori evaporarono circa 600 chil. d'urina umana normale, e il residuo dopo diligente incenerimento, fu convenientemente trattato con diversi reattivi, per cui gli autori poterono alla fine osservare allo spettroscopio le righe caratteristiche del litio, cesio, rubidio e lantanio, e le bande di assorbimento del didimio. Il cerio fu riconosciuto con altri reattivi caratteristici. Da questo risultato (per cui per la prima volta, vengono segnalati il cesio e il rubidio nell'organismo umano), gli autori furono condotti ad ammettere, sempre più confermata, l'idea già emessa da Cossa nelle sue belle ricerche sopra la diffusione dei metalli delle cevite; che cioè cerio, lantanio e didimio si trovino anche nella natura organizzata sempre associati al calcio, e facciano parte dei radicali più diffusi in natura.

Avendo a loro disposizione un conveniente materiale, gli autori vollero anche fare la ricerca del manganese e del rame nel residuo dell'orina. Il manganese fu facilmente svelato, mediante conveniente processo analitico. Quanto al rame gli autori, ne trovarono meno di un milligramma; per cui considerando che essi dovettero evaporare, calcinare, delle 600 chil. di orina, e che quantunque abbiano usata la maggiore cura possibile onde venisse esclusa durante il corso delle loro ricerche qualunque circostanza per cui del rame potesse venire introdotto nel materiale di ricerca, tuttavia è quasi materialmente impossibile che traccie di sostanze ramifere non si siano casualmente introdotte sono tratti ad ammettere che il rame non sia un componente normale dell'urina umana.

Gli autori si propongono di estendere la ricerca dei metalli rari ini altri tessuti, e liquidi dell'organismo umano.

Georges. — **Reazione alcalina delle urine.** (*Archiv für experimentel. Pathologie und Pharma*, 1879).

L' Autore lavorò sulle sue proprie urine. Dopo ogni pasto, qualunque

fosse la natura degli alimenti ingeriti, osservò che l'acidità dell'urina va diminuendo. Con regime di carne o regime misto la reazione alcalina dell'urina compare dopo 2 ore dal pasto ed è massima dalla 3.ª alla 5.ª ora. Con solo alimento vegetale la diminuzione dell'acidità dell'urina non era tale da aversi reazione alcalina.

L'ingestione di soluzione allungata di acido cloridrico aumenta l'acidità normale dell'urina.

Quando col cibo si trovano carbonati alcalini, la reazione alcalina dell'urina si dimostra più rapida, raggiunge grado più elevato e dura più a lungo con alimento ordinario.

La reazione alcalina dell'urina qualche tempo dopo il pasto dipende secondo l'Autore dai fosfati di potassa, e di soda; dal fosfato bibasico di soda, dei carbonati alcalini e sovratutto del bicarbonato di soda.

L'urina, che ha reazione alcalina non s'intorbida quando viene emessa, solo dopo 24 ore vi si forma sedimento e deposito superficiale solubile negli acidi allungati e formato da fosfato acido di calce con cristalli di fosfato ammonio magnesiaco.

Richet e Moutard-Martin. — **Della escrezione urinaria.** (*Comptes Rendus*, 1880).

Injettando nelle vene di un cane soluzione di cloruro di sodio (3 gr. sciolto in 12 gr. di acqua, cioè il 0,2 di sale per 1 chil. di animale) avviene la poliuria. Lo scolo di urina che era di 3 goccie al 1' si elevò cinque minuti dopo l'injezione a 24 goccie al 1' senza che la pressione misurata nella carotide, avesse di molto variata.

Injettando il cloruro di sodio in soluzione allungata, il risultato è lo stesso. Ad un cane cui s'injettò, nelle vene la soluzione di 4 gr. di cloruro di sodio sciolto in 1000 gr. di acqua cioè il 0,5 di sale per chilogramma dell'animale, la secrezione fu più abbondante, in prima era di 0, c. c. 28 per 1', mezz'ora dopo l'injezione di tale soluzione si elevò a 1, c. c. 45 per 1''.

Questa poliuria non devesi all'acqua injettata nel sangue, giacchè la introduzione di acqua distillata nel sistema venoso, diminuisce e può arrestare del tutto l'escrezione urinosa.

La poliuria può esser provocata dall'injezione di zucchero. L'acqua injettata se è molto grande, produce arresto nella secrezione urinaria, ed è impossibile di ristabilirla. Ad un cane cui s'injettarono 143 gr. d'acqua distillata per chilogrammo non vi ebbe più scolo di urina. Anche dopo due ore nè l'injezione di glicerina, nè quella di zucchero non riattivarono la funzione dei reni, quantunque la pressione arteriosa fosse un poco elevata.

Dopo l'injezione di acqua, l'urina diviene sanguinolenta ed albuminosa. Quando la poliuria era prodotta da piccola quantità di zucchero, l'urina viene fuori limpida ed incolora. Dopo l'injezione di 6 gr. di acqua per millig. diminuì lo scolo delle urine che si fecero sanguinolenti.

Injettando nelle vene soluzione di urea e di sali si ha poliuria assai notevole. Col fosfato di soda, col glucosio, con zucchero di canna, col joduro di sodio, col ferrocianuro di potassio si riconosce in modo preciso che la poliuria coincide esattamente colla eliminazione della sostanza che la provoca.

L'acqua distillata injettata nelle vene arresta la secrezione ordinaria anche a 10 gr. per ogni chilogrammo dell'animale. Alla dose di 5 gr. per chil. diminuisce la secrezione senza arrestarla. A dose maggiore l'arresto è definitivo e la funzione del rene non può più essere ristabilita.

Le sostanze che accidentalmente o normalmento passano nell'urina sono diuretiche dacchè si trovano nel sangue in quantità maggiori alle proporzioni normali. La loro fuoruscita produce eliminazione di una certa quantità di acqua.

Il principio della diuresi coincide col principio dell'eliminazione. La poliuria può essere solo dovuta alla rejezione dei sali injettati.

I medicamenti diuretici devono esser ricercati fra le sostanze che si trovano normalmente nell'urina (come urea, cloruri, fosfati), e le sostanze che passano facilmente nell'urina come lo zucchero.

S. Capranica. — **Sopra alcune nuove reazioni della guanina.** (*Atti dell'Accademia di Lincei*, 1880).

Le nuove reazioni trovate dall'Autore si fanno coll'acido picrico, col bicarbonato di potassa e col ferro-cianuro di potassio.

Soluzioni calde di cloridrato di guanina unite con quella di acido picrico sature a freddo, danno un precipitato cristallino, il quale si produce tanto più lentamente, per quanto le soluzioni sono diluite. Nel caso di una diluzione all'1 per cento, si osservano formarsi rapidamente delle sferule cristalline, in sospensione nel liquido e alle pareti del vaso in cui si opera; questi glomeruli a poco a poco aumentano nei loro diametri, s'incontrano e si compenetrano, formando un ammasso cristallino che invade l'intiera colonna del liquido. Queste sfere di cristalli, hanno colore giallo arancio vivo, apparenza setacea, leggerissime, nuotano nel liquido dove si sono prodotte, nè col riposo vanno deponendosi; ma rimane l'intiera colonna sempre ripiena di cristalli sovrapposti. L'Autore ha conservato così un tubo di 150 millim. ripieno di picrato di guanina per vari mesi. Separati dal filtro ed essiccati, si presentano come uno strato fibroso-coerente, avendo l'apparenza e lo splendore setaceo. Al microscopio si mostrano come fasci pennelliformi e falciformi. Schiacciandoli col vetrino si disaggregano, ed allora si vedono dei sottilissimi aghetti colorati in giallo aranciato. Questi cristalli esercitano una debole influenza sulla luce polarizzata. La loro forma è così caratteristica da non potersi nè dimenticare, nè confondere mai.

Il picrato di guanina presenta tutte le reazioni proprie a questa classe di composti, cioè detona (debolmente) sulle fiamme, produce acido picrocianico violaceo rosso con i cianuri, ecc. Esso è quasi insolubile nel-

l'acqua fredda, poco nella calda: da queste soluzioni acquose, si depone con le forme cristalline sopra descritte.

La sensibilità della reazione è abbastanza rilevante; 1 centigr. di cloridrato di guanina, venne sciolto in 50 c. c. d'acqua lievemente acidulata con acido cloridrico (il cloridrato e in genere i sali di guanina, come pure quelli di xantina ed ipoxantina, si decompongono, come è noto, in parte o totalmente al contatto dell' acqua) di questa soluzione se ne presero 5 c. c. che pure vennero allungati con altrettanti di acqua. Si ottenne in tal caso bellissima cristallizzazione di picrato; ugualmente si ebbero cristalli diluendo con altri 10 c. c. la soluzione, ossia una reazione sensibile al mezzo millesimo. Questa reazione non si produce affatto con xantina, ed ipoxantina; l'ipoxantina trattata coll' acido picrico, lascia col tempo depositare cristalli lievemente gialli, ma totalmenti diversi da quelli del picrato di guanina. Per ottenere i cristalli di picrato di ipoxantina, vale meglio sciogliere questa direttamente a caldo in soluzioni 1 per cento d'acido picrico, allora col raffreddamento e il riposo, si ottengono degli aghetti lunghi tre a quattro millimetri, appena giallastri, nè confondibili con i cristalli di picrato di guanina; anzi in mescolanze di sali di guanina e di ipoxantina o xantina si depongono due specie diverse di cristalli quelli di guanina si riconoscono al colore giallo arancio dei loro glomeruli cristallini.

Coi bicromato di potassa, se le soluzioni sono concentrate si depongono cristalli rosso-arancio, prismatici al microscopio. Se le soluzioni sono diluite i cristalli pajono prismi a base esagona con troncatura agli angoli. Questo cromato polarizza la luce debolmente, è poco solubile nell'acqua, ha le reazioni dei cromati, è poco solubile nell'acqua. I cromati di xantina e di ipoxantina sono solubili nell'acqua. Soluzioni concentrate di ferro-cianuri di potassio formano sali con cristalli prismatici di color giallo-bruno. Questi paralizzano debolmente la luce, ma in modo più attivo che il picrato ed il cromato di guanina.

BÉCHAMP. — **Sostanze albuminose del cristallino.** (*Comptes Rendus*, 1880).

La sostanza albuminosa del cristallino del bue solubile nell' acqua è diversa dell'albumina del siero sanguigno, di quella dell'albume dell'uovo, della globulina e caseina od è identica con alcune di queste sostanze?

Il cristallino contiene due materie albuminoidi solubili in modo diverso la materia insolubile è di natura albuminoide?

La maggior parte degli osservatori che si occuparono della parte solubile del cristallino si fondano sulla coagulabilità che dipende da varie condizioni.

Dalle sue esperienze l' Autore crede: che nella parte solubile della lente trovansi due sostanze albuminose ben distinte; afferma la pluralità specifica della sostanza albuminosa.

Nelle sue ricerche l' Autore accorda importanza secondaria al feno-

meno della coagulazione, grande invece alla determinazione dei poteri rotatori: considerando che le sostanze isolate, quando potè ottenere potere rotatorio costante, essere il solo criterio di certezza applicabile ai corpi che non cristallizzano.

La parte solubile contiene: la *focozimase*; solubile nell'acqua dopo che è stata precipitata dall'alcool. La sua soluzione comincia a coagularsi a 55° C. Fluidifica la salda d'amido e può trasformarla in destrina e forse in glucosio. Il suo potere rotatorio è di (α) j = 41°.

La sua soluzione nell'acido cloridrico fumante si colora in violacea dopo essere stata in ebullizione.

La cristalalbumina è insolubile nell'acqua in cui era stata precipitata dall'alcool, tale insolubilità non si manifesta subitamente, nel momento della precipitazione aggiungendo dell'acqua, si ridiscioglie. Il suo potere rotatorio in soluzione acetica è (α) j = 80°,3 in soluzione ammoniacale è (α) j = 76°,6. Si colora in violetto per l'acido cloridrico fumante dopo l'ebullizione.

Queste due sostanze sono precipitate allo stato di composti di piombo dall'estratto di Saturno e dall' estratto di Saturno ammoniacale e tali precipitati non sono decomposti dall'acido carbonico.

Le parti solubili del cristallino hanno il potere rotatorio (α) = 47°,1.

Il potere rotatorio delle fibre cristalline private delle parti solubili per lavatura protratta in soluzione acetica è (α) = 76°,3, è potere di miscuglio. Se si disciolgono tali fibre nell'acido cloridrico allungato, la soluzione filtrata dà coll'ammoniaca un precipitato bianco, che in soluzione acetica ha il potere rotatorio (α) j = 80°,2 eguale a quello della cristalalbumina che l' Autore chiama cristalfibrina. Questa sciolta nell'acido cloridrico fumante si colora difficilmente e debolmente in violaceo.

Ora il potere rotatorio delle principali materie albuminoidi è il seguente:

	(α)
Albume bianco di uovo	40°,0
Albumina nell'insieme	42°,0
Prima albumina del bianco di uovo	33°,1
Seconda » » »	53°,6
Terza Zimase del bianco di uovo	70°,8
Albume del siero	62°,0
Caseina	110
Lactatoalbumina	64°,8
Materie solubili del cristallino in totalità . . .	47°,1
Cristalbumina	80°,3
Focozimase	41°,0
Cristalfibrina	80°,2

Sée e Bochefontaine. — **Effetti fisiologici dall'eritrofleina.**

L'eritrofleina fu scoperta nel 1876 da Gallois ed Hardy e fu estratta dall'*Erytrophleum guineense* della famiglia delle leguminacee.

Dato ad un cane 1 milligrammo di eritrofleina per ogni chilogramma dell'animale non produce effetti tossici evidenti, invece milligr. 1,5 arreca la morte in poche ore. — Si dimostrò avere lo stesso potere tossico della digitalina amorfa. Agitazione, inquietudine precedono i conati di vomito ed il vomito. — Aumenta la pressione del sangue, l'irregolarità, il rallentamento del polso. — Nel periodo del rallentamento si ha energia sulla pulsazione, è uniforme la pressione del sangue intra-arterioso. — Poi il polso si fa debole e celere, i battiti del cuore si fanno più deboli, si arrestano.

I moti del respiro sono nel principio rallentati e più ampii poi si fanno energici e frequenti. — Il respiro cessò quando si sospese il moto del cuore.

L'eccitamento del moncone periferico del nervo vago non produsse arresto del cuore nell'animale intossicato, ma v' ha pure abbassamento della pressione del sangue. L'azione frenica del nervo pneumogastrico sul cuore è dunque modificata dall'eritrofleina.

Il nervo pneumogastrico continuò la sua azione sullo stomaco. L'eccitomotilità di nervi frenici è diminuita od abolita, mentre quella degli sciatici e del simpatico cervicale non è diminuita.

Moutard-Martin e Richet. — **Cause della morte per injezioni intravenose del latte e dello zucchero.**

Per injezione di grandi quantità di latte si hanno fenomeni di eccitamento bulbare e poliuria.

Il latte injettato nel sistema vascolare non ha influenza immediata sulla circolazione polmonare, sulla contrattilità muscolare.

L'introduzione del fermento lattico nelle vene sembra essere senza effetto nel cane, e nel coniglio.

La morte per grande injezione di latte viene per anemia bulbare, che produce fenomeni di eccitamento. — L'anemia può dipendere dall'obliterazione dei capillari del bulbo pei globuli grassosi del latte e per la diluzione e l'alterazione del sangue.

Dosi molto piccole di zucchero producono poliuria [immediata ed assai rimarchevole. — Forse l'azione diuretica del latte è dovuta in parte allo zucchero contenuto nel latte.

Ad. Wurtz. — **Della papaina.** (*Comptes Rendus 1880*).

La papaina è affine al fermento pancreatico di Kühne: la tripsina.

A differenza della pepsina la tripsina è più somigliante alla sostanza albuminosa ed è più energica sulla sostanza albuminosa che la papaina. Questa discioglie presto grandi quantità di fibrina anche in liquido neutro, ma perchè il liquido non precipiti più coll'acido nitrico, è necessa-

rio che sia grande la proporzione di papaina. — Ad esempio, si mescolano 0gr.,3 di papaina con 10 grammi di fibrina umido e si prolunghi la digestione a 50° per 48 ore. — Allora non v'ha più che del dispeptono assai ricco in sostanze minerali e la soluzione filtrata non forma coll'acido nitrico che un intorbidamento insignificante forse dovuto all'eccesso del fermento. — Indipendente dai corpi che possono precipitare coll'acido nitrico e coll'alcool, si forma una quantità di peptoni più idratati, che sono solubili nell'alcool ordinario sovratutto al caldo.

La soluzione della fibrina per la papaina ha luogo in presenza dell'acido prussico, dell'acido borico, dell'acido fenico.

Dal succo della *carica papaya* estrasse l'Autore un grasso saponificabile e principio azotato cristallino che resta in soluzione nel liquido da cui la papaina è stata precipitata.

Heger e Jacque. — **Permangono nel fegato alcaloidi introdotti nello stomaco?** (*Gazette Hebdomadaire*, luglio 1880).

Il fegato ritiene al suo passaggio in modo totale o parziale gli alcaloidi introdotti nel sangue dalla vena porta?

Quando il fegato isolato è sottoposto alla circolazione artificiale del sangue defibrinato si vede, ad esempio, il sangue che entrandovi aveva 1 gramma di nicotina, alla sua sortita ne ha solo 50-75 centigrammi. Dunque restò nel fegato il 25-50 per 100 dell'alcaloide injettato. Eguali risultati si ottennero col bisolfato di chinino, col cloridrato di morfina, col solfato di stricnina.

Heger injettò gli alcaloidi in una piccola vena del mesentere dal lato del fegato, raccolse il sangue delle vene sopra-epatiche, dopo di avere legata la vena cava sotto e sopra il fegato, ei vide: ad esempio, per la nicotina che il sangue perdette traversando il fegato il 50 per 100 della sostanza injettata.

Questi risultati confermano l'esperienza che si sono fatti cogli organi distaccati.

La circolazione del fegato si lasciò del tutto libera in animale cloralizzato. — Jacque fece numerose esperienze in cui determinò che nel fegato si fissano alcaloidi portati dal sangue della vena porta. Una sostanza, che injettata sulla giugulare, arrivando al cuore ne provoca il rallentamento, non produce disordine cardiaco quando deve traversare il fegato.

Il fegato ritira al suo passaggio una parte notevole degli alcaloidi introdotti nel sangue della vena porta, e se piccole siano le dosi le ritiene tutte.

Gli alcaloidi furono ricercati nel sangue coi metodi del Depaire, di Stas e con quello quello ottico, giacchè le soluzioni di alcaloidi hanno potere rotatorio proporzionato alla quantità di alcaloidi sciolti nel li-

quido esaminato. Col saccarimetro di Soleil si determina la dose dell'alcaloide colla deviazione del piano di polarizzazione.

Hager dimostrò che la sostanza scomparsa col sangue subì vera diffusione nel parenchima epatico. Sottopose il tessuto del fegato all'analisi chimica dopo di aver essiccato i rami della vena porta: nel tessuto epatico si trovò la quantità di alcaloide sottratto al sangue.

In un caso dove fece passare 80 centigr. di nicotina nel fegato, se ne trovò 45 centigr. nel sangue che sorte dall'organo e 33 nel tessuto epatico.

È nel parenchima del fegato che si fissa l'alcaloide.

Jacque ricercò la presenza dell'alcaloide nella bile, che proveniva da fistola del condotto coledoco. Colla stricnina ottenne risultati positivi, non col chinino o colla nicotina.

A. Jarmested. — **Sulla sillaina, effetti fisiologici.** (*Inaugural-Dissertation*, 1879).

Fra le rane temporarie e le rane esculati si vede la temporaria essere più eccitabile per la sillaina, per la prima basta una dose di 0,1-0,2 di milligr. per produrre la morte, nella seconda è necessario 0,5-1 milligramma per ottenere tale effetto.

La dose letale per chilo è nel coniglio 2,5 milligrammi, nel cane 2 milligr. per il cane 1 milligrammo.

Vomiti e defecazioni si osservarono nel gatto e nel cane.

Nella rana dose mortale produce il così detto moto peristaltico del cuore poi arresto.

Nei mammiferi si veggono due stadi: nel primo si ha aumento della pressione del sangue con rallentamento della frequenza del polso, nel 2.° stadio si ha diminuzione della pressione del sangue con acceleramento della frequenza del polso.

La dispnea dipende dalla cambiata azione del cuore.

Nelle rane e nei conigli si ha paralisi del muscolo. — Nel gatto e nel cane non si vede paralisi del muscolo forse perchè avviene presto la paralisi del cuore.

Non si poterono dimostrare le azioni centrali.

Lepidi-Chioti. — **Sull'assorbimento ed eliminazione della chinina.** (*Morgagni*, *1880*).

1.° La chinina certamente non si elimina per la saliva.

2.° Non si elimina col sudore.

3.° Non si assorbe per frizioni neanco in condizioni molto favorevoli a questo assorbimento.

4.° Riappare nella urina dopo 13-15 minuti quando fu data per iniezione ipodermica.

5.° Dopo 15-17 minuti quando fu somministrata per bocca le vie di assorbimento sono buone; altrimenti vi ha ritardo proporzionale.

6.° Dopo 20-25 minuti quando si diede per enteroclisma trattenuto alquanto dal paziente.

7.° Dopo 30-40 minuti injettata con clisopompa ordinaria se non fu subito tracciata.

S. Fubini. — **Influenza di alcuni alcaloidi dell'oppio sul chimismo della respirazione.** Torino 1880.

Dalle esperienze fatte dall'Autore coi sei alcaloidi principali dell' oppio: morfina, codeina, narceina, narcotina, papaverina e tebaina sopra animali omojotermici mammiferi ed uccelli per istudiare la loro influenza sul chimismo della respirazione trasse le seguenti conclusioni:

I. L'injezione sottocutanea di cloridrato di morfina nel cane e nel coniglio, alla dose di un centigramma produce diminuzione nell' esalazione di CO_2 che nel cane può essere calcolata nel rapporto di 100 : 51, nel coniglio in quello di 100 : 53. (Il valore 100 rappresenta la quantità di CO_2 isolato dall'animale, il quale non ha subito injezione sottocutanea di componente oppiato).

Il porcellino d' India per effetto di cinque milligrammi di morfina, emette una quantità di CO_2 minore di quella che esala normalmente e nel rapporto di 100 : 79.

Il cloridrato di morfina a dose di gr. 0,01 nel colombo, ed a quella di gr. 0,005 nel topo camagnuolo (*mus decumanus*) non produsse notevole differenza nella esalazione del CO_2.

II. Per l' injezione di gr. 0,01 di cloridrato di codeina sotto la pelle del coniglio, del colombo e del cane, si osserva nel coniglio esalazione di CO_2, che sta nel rapporto di 100 : 72 — nel colombo come 100 : 76 — nel cane come 100 : 85.

L' injezione sottocutanea di 5 milligrammi di codeina se nel porcellino favorisce la diminuzione di CO_2 nel rapporto di 100 : 84 nel topo invece non reca apprezzabile differenza quantitativa di CO_2 esalato.

III. Un centigramma di cloridrato di narceina injettato sotto la cute del cane produce diminuzione nell' esalazione di CO_2 nella proporzione di 100 : 62 nel coniglio come 100 : 89. — Nel colombo e nel porcellino d'India la narceina non è causa di notevole differenza nel CO_2 espirato. — Nel topo la narceina alla dose di 5 milligrammi ha per effetto di diminuire la quantità dell' acido carbonico esalato nel rapporto di 100 : 82.

IV. È sopra il coniglio che la narcotina alla dose di 1 centigr. produce diminuzione nell'esalazione del CO_2 avendosi il rapporto di 100 : 68. Nel porcellino d'India e nel colombo non si osserva differenza apprezzabile nell'esalazione di CO_2 dopo l'injezione di cloridrato di narcotina alla dose di 5 milligrammi nel primo ed a quella di 1 centigramma nel secondo.

Nel cane dopo l' injezione da 1 centigramma di narcotina, si ha il

rapporto di 100 : 90; nel topo per l'introduzione di 5 milligramma si ha quello di 100 : 92.

V. Dei sei alcaloidi dell'oppio, la tebaina è il solo che produce nei porcellini d'India aumento nella produzione di CO_2 esalato, quando lo si injetta alla dose di 3 milligrammi: aumento che corrisponde al rapporto di 100 : 118.

Nel cane 1 centigr. di tebaina e nel coniglio 5 milligr. producono aumento nella respirazione di CO_2 ma di valore non molto elevato.

Nel colombo per contrario 5 milligrammi di tebaina diminuiscono la quantità di CO_2 nel rapporto di 100: 79, e nel topo nella proporzione di 100 : 84.

VI. Il cloridrato di papaverina dato al colombo nella dose di 1 centigr. diminuisce il CO_2 espirato nella proporzione di 100 : 79.

Nessuna differenza v'ha nella quantità dell'acido carbonico che viene emesso dal porcellino d'India prima e dopo l'injezione di 5 milligrammi di tale alcaloide.

Un centigramma di papaverina injettato nel cane produce minore esalazione di CO_2 nel rapporto di 100 : 90, nel coniglio in quello di 100 : 92.

Nel surmolotto 5 milligrammi di papaverina diminuiscono l'esalazione di CO_2 nel rapporto di 100 : 90

VARIETÀ

Ovariotomia in Italia — Seconda Centuria. — Il dott. Peruzzi, abile e fortunato operatore egli stesso, come della prima (1), ha data la statistica di questa seconda Centuria d'ovariotomie. Da essa risulta che la mortalità dal 63 0[0 discese al 36 0[0. Si rileva pure che aumentò il numero dei chirurghi, i quali eseguirono ovariotomie. Furono infatti quaranta questi operatori, e l'Autore ne registrò i nomi per ordine di data, e numero d'operazioni eseguite, coll'esito rispettivo.

---

(1) *Annali Univ. Medic.*, 1878, CCXLV 468.

1.° Ovariotomie complete.

	Tot.	Guar.	Morti
1. Prof. F. Marzolo, Padova	11	4	7
2. Dott. D. Peruzzi, Lugo	9	4	7
3. Dott. F. Franzolini, Udine	8	5	3
4. Prof. E. Bottini, Pavia	6	5	1
5. Prof. P. Landi, Pisa	5	4	1
6. Dott. B. Frattina, Pordenone	5	3	2
7. Prof. E. Porro, Pavia	5	4	1
8. Prof. O. Morisani, Napoli	4	1	3
9. Prof. G. Ruggi, Bologna	4	4	0
10. Prof. A. Caselli, Reggio-Emilia	4	2	2
11. Prof. R. Testa, Napoli	2	2	0
12. Prof. C. Mazzoni, Roma	2	1	1
13. Dott. F. Miletti, Foligno	2	2	0
14. Dott. Messedaglia, Verona	2	1	1
15. Dott. C. Antoniutti, Treviso	2	2	0
16. Prof. A. D'Antona, Napoli	2	2	0
17. Dott. M. Putti, Bologna	2	1	1
18. Prof. D. Chiara, Milano	2	2	0
19. Prof. G. Corradi, Firenze	2	2	0
20. Dott. P. Leoni, Roma	1	0	1
21. Dott. G. Perassi, Intra	1	0	1
22. Dott. F. Vigna, Venezia	1	0	1
23. Dott. F. Gelmi, Verona	1	1	0
24. Dott. P. Rossi, Vicenza	1	0	1
25. Dott. G. Camagna, Torbi	1	1	0
26. Dott. D. Cambria, Messina	1	1	0
27. Dott. S. Samaritani, Spilimbergo	1	1	0
28. Dott. L. Casati, Forlì	1	0	1
29. Prof. F. Durante, Roma	1	0	1
30. Dott. N. Omboni, Cremona	1	1	0
31. Dott. A. Urbinati, Cesena	1	0	1
32. Dott. R. Gritti, Milano	1	0	1
33. Dott. N. Simula, Sassari	1	1	0
34. Dott. L. Ferraresi, Ferrara	1	0	1
35. Dott. A. Raffa, Rovigo	1	1	0
36. Prof. A. Berti, Modena	1	1	0
37. Dott. A. Bocchini, Spoleto	1	0	1
38. Prof. L. Laurenzi, Roma	1	0	1
39. Prof. D. Tibone, Torino	1	1	0
40. Dott. D. Malagola, Montagnana	1	1	0
	100	64	36

Diminuì invece il numero dei chirurghi, i quali praticarono altre operazioni, che hanno coll' Ovariotomia relazione, o dipendenza diretta: il che prova evidentemente come anche in Italia si sia progredito nella sicurezza del diagnostico. Otto sono questi operatori, ed eccettuatine due (i dottori Cantalamessa e Periani), figurano già nel quadro statistico delle Ovariotomie. Eccone i nomi collo stesso ordine precedente.

2.° Ovariotomie incompiute.

	Tot.	Guar.	Morti
1. Prof. A. D'Antona, Napoli	1	0	1
2. Prof. G. Ruggi, Bologna.	1	0	1
	2	0	1

3.° Laparo-isterotomie totali o parziali; Laparotomia coll' estirpazione di tumore d'omento.

	Tot.	Guar.	Morti
1. Prof. O. Morisani, Napoli	1	0	1
2. Dott. C. Cantalamessa, Civitavecchia . .	1	0	1
3. Dott. F. Franzolini, Udine	1	1	0
4. Prof. E. Bottini, Pavia	1	0	1
5. Dott. D. Peruzzi, Lugo	1	1	0
6. Prof. G. Corradi, Firenze	1	0	1
7. Dott. A. Periani, Ancona	1	0	1
	7	2	5

4.° Laparotomia d'esplorazione.

	Tot.	Guar.	Morti
1. Prof. P. Landi, Pisa	1	0	1
	1	0	1

I casi d'Ovariotomia semplice furono 31, i complicati 69; nei primi si verificarono 7 morti, nei secondi 29. Le doppie Ovariotomie furono 6, delle quali una sola seguita dalla guarigione.

Cause di morte nel totale dei casi, la peritonite acutissima in 10, la peritonite settica, e la septicemia in 5, la piemia in 2, l'uremia in 1, il collasso (e una paralisi cardiaca) in 14, l'emorragia in 2, l'avvelenamento carbolico in 1, non indicata in 1.

Importa poi far notare che laddove occorsero in Italia quasi *diciannove anni* per compiere le prime cento operazioni, ne bastarono *tre* per avere la *seconda centuria d' ovariotomie*. (*Raccoglitore medico*, Forlì, Vol. XIV, p. 201).

Ora sarebbe bene seguire la sorte della donna cui vennero estirpate le due ovaje, la sola delle 6 in simile modo operata che scampava, per vedere se la mestruazione prosegue o no, dacchè ora taluno mette in dubbio l'assoluta dipendenza di quest'emorragia dalla funzione delle ovaje. La donna venne operata dal dott. Franzolini di Udine ed ha 30 anni.

Uguali indagini si dovrebbero fare per le altre donne che felicemente sostennero l'*ooisterectomia*, ossia l'operazione cesarea col metodo del Porro, per vedere se si confermi la conclusione che l'Osterloh traeva da 59 casi di *castrazione*, od altrimenti *operazione* di Battey (1).

La vaccinazione animale. — *Il Regio Ministero dell'Interno* (Segretario Generale, Div. IV, Sez. II], N. 21200-3) *ha inviata la seguente Circolare ai signori Prefetti del Regno.*

Roma, addì 9 agosto 1880.

Il Consiglio Superiore di Sanità ebbe a rivolgere la sua attenzione sul servizio vaccinico, e tenuto conto dello stato attuale delle cognizioni e del frutto della esperienza, ha suggerito che si abbiano a modificare in alcune parti le disposizioni impartite colla Circolare del 27 maggio 1871 n. 20200-11 per regolare la vaccinazione animale.

Per essersi convinto il Ministero che le propeste modificazioni riusciranno giovevolissime alla salute umana, siccome quelle che tendono a prevenire gli inconvenienti derivanti dal sistema di vaccinazione animale quando la medesima non sia eseguita giusta i dettami della scienza, ha di buon grado accolto i suggerimenti dati da quel Consesso e riassunti nelle seguenti prescrizioni, le quali dovranno quindi innanzi essere rigorosamente osservate.

1.° I bovini dati a vacciniferi dovranno essere giovani e dichiarati da un perito zoojatro immuni da qualsiasi malattia.

2.° I bovini dovranno essere apparecchiati a vacciniferi o colla inoculazione del cow-pox (pus vaccino) di primitivo eventuale sviluppo, o con quella del cow-pox mantenuto artificialmente nei bovini per trasmissioni successive, od anche colla inoculazione dell'horse-pox (pus cavallino).

3.° Col pus delle pustole così ottenuto nei bovini, non si faranno innesti all'uomo se non quando esse offrano le qualità caratteristiche della pustola vaccinica, che ne accertino il buon etito.

4.° La vaccinazione dell'uomo sarà fatta preferibilmente passando il pus immediatamente dall'animale al vaccinando.

5.° Quando il pus voglia destinarsi ad altro tempo o ad altre opportunità, dovrà essere conservato in quei migliori modi che oggi sono ri-

---

(1) *Annali Univ. Medic.*, CCLIV, 70.

conosciuti come più atti a tutelare l'efficacia; fra i quali modi primeggiano (senza escluderne altri) il suo essicamento nel vuoto, la sua polverizzazione, il suo emulsionamento nella glicerina pura.

6.° Le pustole che sogliono staccare dall'animale per spedirle a diverse distanze dovranno essere conservate nella glicerina, o in altro liquido ugualmente protettore; oppure dovranno essere sottratte, per quanto è possibile, in altro modo dall'azione alterante della luce, dell'aria atmosferica, dell'umidità e dell'alta temperatura.

7.° La consegna delle pustole o la spedizione delle medesime allo stato di freschezza dovrà essere accompagnata dall'indicazione del giorno e dell'ora in cui furono recise.

8.° I vaccinatori quando possano dubitare anche menomamente di qualche alterazione delle pustole dovranno astenersi dal servirsene per li innesti.

9.° Nella inoculazione del virus animale sarà preferita l'incisione alla puntura per rendere più probabile il buon esito della medesima.

10.° I certificati delle vaccinazioni o rivaccinazioni fatte col pus animale dovranno attestare del sistema di vaccinazione usato quando anche in conformità della Circolare 1 agosto 1876 n. 21200-18 l'inoculazione sia stata eseguita al lato destro del corpo.

11.° I Comitati, i Comuni, i Medici, i quali danno opera a questa maniera di vaccinazione, oltre all'osservare tutte le disposizioni delle leggi che regolano detto servizio, dovranno tenere un registro degli innesti fatti, dell'esito loro, dei fenomeni osservati e ne trasmetteranno copia ogni sei mesi alle Autorità preposte nelle rispettive provincie al servizio del vaccino onde queste possano nelle loro annuali relazioni rendere conto di quanto riguarda la vaccinazione animale nel Regno.

Il sottoscritto rivolge ai signori Prefetti speciale preghiera di provvedere alla esatta esecuzione di queste norme anche nello scopo di raccogliere tutti i dati occorrenti per risolvere a suo tempo la questione sulla preferibilità di un vaccino sull'altro.

Perciò non mancherà di raccomandare ai Consigli sanitarj ed alle Commissioni municipali di sanità di portare attiva ed efficace sorveglianza su di una parte così importante del servizio sanitario e che ha tanta influenza nella tutela della pubblica incolumità.

Il Ministro Depretis.

Seul fait autentique de suicide par inanition. — Così annunzia l'*Union médicale* la storia di un contadino di Gailhac-Toulza, dipartimento dell'Alta Garonna, dell'età di trent'anni, che dannato nel capo, piuttosto che salire sul palco preferì lasciarsi morir di fame nelle prigioni di Tolosa. Ciò successe nella primavera del 1831, e il dottor Tibullo Desbarreaux riferiva il caso alla Società reale di medicina di Tolosa in un opuscolo colà stampato in quell'anno, e ora divenuto raris-

simo (1). Il digiuno durò 63 giorni, ma non fu assoluto, poichè andava bevendo acqua nè poca (un giorno ne bevette 8 bicchieri di seguito, un altro tanta da rigurgitarla per bocca e per le narici), ed anche spesso beveva la propria orina assai colorita. Due o tre volte prese una cucchiajata di brodo e poche goccie di vino, a quando a quando evacuava poche feccie quasi nere. Nell' ultima settimana non poteva in verun modo deglutire, vomitò qualche boccata di bile verde, ebbe un po' di singhiozzo. Il polso che batteva da 30 a 39 volte il minuto diveniva frequente (da 89 fino a 108); nell'ultimo giorno per la prima volta lamentossi di freddo e di dolori per tutto il corpo: indi preso da convulsioni spirava. Massimo il marasmo: tutto il suo corpo non pesava più di 26 chilogrammi. Quand' era vivo esalava un fetore speciale; orrido l'aspetto, sebbene tenesse sempre gli occhi chiusi, di color fosco e quasi violaceo le guancie: per ore intere stava rannicchiato senza muoversi sul pagliericcio; e piaghe di decubito si erano formate, che poi prosciugaronsi. Negli ultimi giorni perdeva la sensibilità e le forze, laddove che poco prima serbava tanta gagliardia, malgrado il digiuno, da rompere quanto gli veniva appresso: erano già due settimane che non mangiava e nondimeno giungeva, nello sforzo per liberarsene, a torcere i ferri delle manette. Alla fine di maggio (moriva il 17 giugno) il calore del corpo era di 19 gradi al termometro di Réaumur, e pur si lagnava di certo *fuoco* nello stomaco, che cercava di spegnere bevendo acqua. Di solito taciturno, mai rispondeva, o soltanto andava ripetendo *non volere* che gli *tagliassero il collo, voler morire in prigione*: aveva egli per gelosia mozzata la testa alla moglie che da molto tempo maltrattava, ed anche aveva ucciso un compagno di prigione solo perchè gli aveva fatto presentire la sorte che sarebbegli toccata. Talvolta per altro diveniva come furioso, e vomitava ogni specie d' improperj; non volle avere i conforti della religione e insultò il sacerdote che glieli offriva. Fu impossibile servirsi de' varj mezzi di *nutrizione forzata*.

Il cadavere venne aperto 30 ore dopo, la temperatura essendo di 25°, alla presenza de' membri della Società e della Scuola medica di Tolosa.

Nel cervello, nel cervelletto e nel midollo allungato fu notata straordinaria consistenza specialmente della sostanza bianca. Il cuore grosso come al solito, se non che molle e facilmente lacerabile; ne'polmoni un po' d'ingorgo e d'edema. L'esofago ristretto, sottile, ma resistenta. Naturale la capacità dello stomaco; vi stava entro un bicchiere circa d'umore verdognolo; la membrana mucosa difficilmente si stacca dal fondo cieco; meno aderente verso il piloro. L' intestino tenue un po' angusto, e alquanto sottile, di color bruno, e maggiormente verso il crasso. Inter-

---

(1) « Notice historique sur Guillaume Granié mort dans les prisons de Toulouse, à la suite d'une abstinence prolongée pendant 63 jours. » Toulouse, Henault, 1831. — « Union Médicale 1880, N. 113 p. 349 et suiv. »

namente è giallo e sanissimo nella parte superiore; rosso e rammollito nell'inferiore. Naturale il crasso, e con feccie indurite nell'ultima porzione: soltanto nel colon trasverso la mucosa è rammollita. Gli epiploon ridotti alla sola sierosa, il mesenterio senz'adipe. Il fegato di giusto volume, di colore rosso mattone: più consistente del naturale. Cistifellea distesa da bile scura, densa come una soluzione concentrata di liquerizia, granellosa. Piccolissima la milza, dura e compatta, sana del resto siccome i reni e la vescica; la quale conteneva un bicchiere circa d'orina molto rossa. Sottilissimi i muscoli, nondimeno rossi. Segato il femore vi si vide la midolla nelle condizioni naturali: fu la sola parte del corpo in cui trovossi adipe.

Come vedesi in questo caso v'ha pure valutato lo stato d'alienazione mentale in cui era quel disgraziato; e noi già avvertimmo, parlando del dott. Tanner e del suo esperimento, come lo stato particolare del sistema nervoso che si connette od è causa della pazzia sia condizione assai propizia per sentir meno il bisogno dell'organica riparazione. (*Annali Univ. Med.* Vol. CCLIII, p. 557).

In pari tempo il dott. Mattei narra che certo Luc'Antonio Viterbi si lasciò morire di fame nelle carceri di Bastia perchè sulla sua famiglia non cadesse l'onta di lui decapitato per aver ucciso uno della famiglia rivale Frediani. Assoluta fu la sua astinenza, e però non sopravvisse che 25 giorni. Ei descrisse, avendo serbato fino all'ultimo libera la mente, giorno per giorno ciò che sentiva e soffriva in conseguenza del volontario digiuno. Questo giornale proseguito per 25 giorni venne pubblicato a Londra nel 1825 da Roberto Benson negli *Sketches of Corsica*, e l'anno dopo tradotto in francese (1).

Congresso internazionale delle scienze mediche. — La Sessione VII di questo Congresso s'aprirà a Londra la sera del 2 agosto 1881. Le adunanze cominceranno il giorno successivo e finiranno il 9. Le lingue ufficiali saranno la francese, la tedesca e l'inglese.

Sir James Paget è Presidente provvisorio del Congresso; il dott. G. Risdon Bennett capo della Commissione ordinatrice, e il dott. Guglielmo Mac Cormac Segretario generale.

« Abbiamo motivo di lusingarci (così scrive la Commissione ordinatrice) che saremo onorati dalla presenza d'un bel numero di medici distinti di tutti i paesi, che sarà nostra cura di accogliere colla massima considerazione e cordialità. Tutto ci fa sperare che i nostri compatrioti interverranno non solo da tutte le parti del Regno Unito, ma anche dalle Indie e da tutte le nostre Colonie.

« S. M. la Regina volle darci una nuova prova di simpatia e bene-

(1) « Journal d'Hygiène, 1880, p. 415. »

olenza coll'autorizzarci a porre questo Congresso sotto il suo alto patrocinio.

« S. A. il Principe di Galles mostrò l'interessamento che prova pel progresso delle scienze mediche coll'accordarci il medesimo favore.

« Oltre le sedute generali il lavoro del Congresso verrà distribuito fra 15 sezioni (1).

« Si aprirà un museo d'oggetti interessanti che abbiano relazione colle scienze mediche, tutto il tempo che durerà il Congresso.

« Ci adopreremo in ogni modo acciocchè ai nostri colleghi riesca aggradevole quanto si possa il soggiornare a Londra, al qual uopo oltre l'interesse scientifico procureremo loro tutti quei comodi e sollazzi che la società moderna sappia fornire.

« Verranno ammesse all'apertura non che alle riunioni amichevoli anche le Signore, non però alle sedute scientifiche. Quanto prima verrà redatto il Regolamento del Congresso.

« Il Comitato stabilirà definitivamente il programma il 20 aprile 1881, e tutte le comunicazioni che abbiano rapporto al Congresso non che il riassunto dei discorsi destinati alle sedute devono prima di quell'epoca indirizzarsi al

Segretario generale: sig. Mac Cormac,
13, Harley Street, Londra, W. »

Mestrui ed ovaje. — Nel precedente fascicolo (« Rivista, p. 71) parlando della *castrazione delle donne* citavasi la statistica raccolta dal dott. Osterloh, dalla quale risultava che tolte le ovaje, quasi sempre ne seguiva la *menopausa*, onde che quell'Autore ne traeva altra prova che la mestruazione dipende dalla funzione delle ovaje. Or ecco che il Tillaux da alcuni fatti da lui osservati trae argomento per dire che tale quistione non è punto risoluta: intanto egli afferma che pur

---

(1)

I.	Sez.	*Anatomia*	Presid. provv.	Prof. Flower.
II.	»	*Fisiologia*	»	Dott. Michele Foster.
III.	»	*Patologia e Anatomia patol.*	»	Dott. Samuele Wilks.
IV.	»	*Medicina*	»	Sir Guglielmo Gull.
V.	»	*Chirurgia*	»	Gio. Errico Erichsen.
VI.	»	*Ostetricia*	»	Dott. Mc Clintock.
VII.	»	*Pediatria*	»	Dott. West
VIII.	»	*Psichiatria*	»	Dott. Lockhart Robertson.
IX.	»	*Oftalmologia*	»	Guglielmo Bowman.
X.	»	*Otojatria*	»	Guglielmo B. Dalby.
XI.	»	*Dermatologia*	»	Erasmo Wilson.
XII.	»	*Odontojatria*	»	Edwin Saunders.
XIII.	»	*Medicina pubblica*	»	Giovanni Simon.
XIV.	»	*Chirurgia e Medicina militare*	»	Prof. Longmore.
XV.	»	*Materia med. e Farmacologia*	»	Prof. T. R. Fraser.

estirpando la massima porzione dell' utero, e in ogni modo togliendogli ogni dipendenza dalle ovaje, la mestruazione prosegue regolarmente da quel poco di viscere rimasto; che recidendo le due ovaje non perciò necessariamente cessano i purgamenti muliebri (« Académie de Médecine. » Séance du 31 août 1880).

Idrofobia in Francia. — Nel solo dipartimento della Senna dal 1 gennajo al 20 agosto 1880 vennero uccisi 127 cani malati o sospetti di rabbia: 103 di essi avevano morso altri cani, che pure furono ammazzati. Le persone morsicate 24, ma in 2 soltanto scoppiò il male, che al solito fu irremissibilmente mortale: uno di quegl'infelici era veterinario, cocchiere l'altro. Quest'ultimo caso porse argomento di discussione alla Accademia di Medicina di Parigi, perciò che v' ebbe di singolare che la rabbia manifestavasi passati quattro mesi e dopo che il paziente ebbe distorto un braccio e fortemente compresso dalla fasciatura che certo concia ossa gli appose. Fra l'uno e l'altro accesso la calma era tale che non si sarebbe mai creduto che presente fosse morbo sì tremendo. Anche gli accessi mitigavansi per modo, mediante la corrente elettrica continua, da poter bere il pover' uomo, fino a 2 litri di latte e un litro di tisana. Uno dei poli era applicato al mignolo morsicato, l'altro sulla faringe; oppure tutti due, lungo la colonna vertebrale. Il dott. Ricklin a questo proposito propone si tenti (poscia che l' applicazione dell'elettricità al midollo valse a sospendere per alcune ore i fenomeni dell'idrofobia) il medesimo mezzo per diminuire l'eccitabilità del midollo e del bulbo durante lo stadio dell' incubazione e dopo la cauterizzazione locale, e prevenire così l'erompere del male. In quella medesima occasione il Bouley confermava non esservi caso autentico di trasmissione della rabbia da uomo ad uomo (1); e soggiungeva che uno de' migliori indizj della rabbia del cane è il fuggir esso dalla casa e dalle persone con cui convive. « Pare che il cane sia fornito d' un istinto o d'un sentimento che l' avverte, quand' è arrabbiato, che può far male a coloro cui ama; questo sentimento lo spinge a fuggire; e questo stesso sentimento di profondo affetto pei suoi padroni lo riconduce alla casa prima di morire, al fine di rivedere una volta ancora le persone che ha amato per tutta la sua vita. » Quando, soggiunge l'illustre zoojatro, siasi intimamente studiato il cane, *on arrive à lui reconnaître cette profondeur de sentiment.* (« Gazette médicale de Paris » 1880, N. 35, 36, p. 445, 452, 469).

Ma pur troppo il cane, se ha sì squisito e delicato sentire, non lo dà a vedere se non dopo che ha fatto il male: se altrimenti fosse, se l'animale corresse a nascondersi non appena si sente la rabbia indosso, idrofobia comunicata all'uomo non vi sarebbe. Il cagnolino commensale del misero cocchiere non fuggiva se non quando l'ebbe morso.

(1) Vedi il precedente fascicolo della Rivista di questi « Annali » p. 71.

Servizio medico notturno. — Milano, per opera di privata beneficenza, ha già questa istituzione sotto il nome di *Guardia medico-chirurgica notturna:* nel corso del 1879 prestò l'opera sua 464 volte in 365 volte; 98 volte spontaneamente. V' ebbero notti in cui le chiamate furono due, tre, quattro e perfino cinque. Le malattie e i casi cui principalmente provvide furono le lesioni violente (ferite, fratture, lussazioni, contusioni, emorragie, ecc.), le malattie dell'apparato gastro-enterico, ed anche i parti laboriosi e le metrorragie (1).

A Nuova York è stato testè decretato consimile istituzione, e lo Stato ha assegnato per ciò la somma di 75,000 lire. L'ordinamento n'è molto semplice: ogni uffizio di polizia tiene un registro de'medici del distretto disposti a prestar l'opera loro in qualsiasi ora della notte: quando viene qualche domanda, manda a svegliare per mezzo d'un commesso il medico che è più vicino alla casa del malato (salvo che altri non venga preferito) e ve lo fa condurre. Così si fa a Parigi, così si propone di fare a Torino (2). Il dott. Enrico Nachtel che è stato il promotore dell'istituzione a Nuova York conta che le assegnate L. 75,000 possono bastare, quando non siavi epidemia, stimando che 7 su 10 persone che si gioveranno del sevizio medico notturno, pagheranno la visita (3). Ma se guardiamo a ciò che succede in Milano neppure 6 su 10 pagherebbero; e difatti delle predette 464 visite, 198 furono gratuite: nondimeno torna il conto e si osserva anche da noi la stessa proporzione di 7 su 10 se non si computino le 98 visite fatte senza chiamata.

A Roma s'è fatto di più e meglio ancora a spese del Municipio, poichè si può ottenere il soccorso medico immediatamente, od almeno più sicuro e più pronto che con qualsiasi altro sistema. Ed ecco come. — La città è divisa in 6 sezioni; in ciascuna di queste v' ha una farmacia, che rimane aperta tutta la notte, e che per ciò ha per compenso dal Municipio L. 1500 all' anno; in ognuna di esse veglia di continuo tutta la notte un medico-chirurgo munito dei principali istrumenti chirurgici, pronto ad accorrere sull'istante ad ogni chiamata. Stanno con lui due guardie municipali sia per tutela della farmacia, come per accompagnare il medico ove venga domandato. A ciascuna farmacia sono assegnati tre medici; e però alla notte di guardia seguono due di riposo: per ogni notte di prestato servizio sono assegnate ai medici 7 lire, più hanno il diritto di percepire il dovuto compenso dalle famiglie benestanti che invochino l'opera loro: v'hanno due consulenti ostetrici pei casi gravi. Agl' indigenti sono amministrati per conto del Comune i farmaci più urgenti.

Questo servizio dei *soccorsi sanitarj notturni* incominciò nel 1873, e

---

(1) Gritti R., *Relazione sull'andamento morale ed economico della Guardia medico-chirurgica notturna.* Milano 1886.

(2) Pacchiotti, *Questioni d'igiene pubblica.* Torino 1880, p. 63.

(3) *Union Médicale*, 21 septembre 1880, p. 492

in Roma è molto apprezzato; n'approfittano e poveri e agiati. Nel solo 1.° semestre del corrente anno 2605 persone vennero di tal modo assistite; 152 alle farmacie, 2453 in casa: 1680 erano di *condizione povera*, le rimanenti 925 *agiata*. Le *cagioni poi del domandato soccorso* si ripartiscono come segue:

Malattie febbrili	1012
» non febbrili	1204
Ferite ed altri traumi	213
Emorragie diverse	115
Parti	317
Ebrietà	10
Salassi e sussidj chirurgici diversi	16

L'assistenza si divise quasi in parti eguali fra i due sessi, le donne superarono in ciò gli uomini; questi furono 1280, quelle 1325, cioè 45 di più. (*Bullettino della Commissione speciale d' Igiene del Municipio di Roma.* Roma 1880, Fasc. I, pag. 24).

Inoculazione del vajuolo. — Il celebre Ab. Ferdinando Galiani che i lettori degli *Annali* conoscono già come ricercatere di *ostetrici* o *mammanoni* (Vol. CCLII, p. 86), scriveva da Parigi il 26 dicembre il 1768 all'ancora potente Ministro Marchese Tanucci. « A Pietroburgo è divenuto moda e cortigianeria l'inocularsi. Vecchi, bambini, che abbiano o non abbiano avuto vajuolo tutti si fanno inoculare. Ah se il povero Jaci si fosse affrettato a far questa cerimonia al suo figlio, che aveva disposizione di fare! I colpi di Jaci e di Fuentes mi hanno spaventato.

« Orni V. E. presso i posteri la sua Memoria di queste due epoche memorabilissime, d'aver espulso i gesuiti e d' aver introdotta l' inoculazione. » (Carteggio dell'Ab. Ferdinando Galiani col Marchese Tanucci — *Archivio, stor. ital.*, 1880, T. 190).

Vini ingessati. — La Commissione consultiva d'Igiene pubblica di Francia ha dato un voto che restringe l'innocuità attribuita fin dal luglio 1858 ai varj processi d'ingessatura del vino. I Ministri d' Agricoltura e della Giustizia accogliendo il voto predetto hanno dichiarato che il solfato di potassa ne'vini, in qualsiasi modo ne venga intromesso o vi sia prodotto, non dovrà mai superare la proporzione di 2 grammi per litro, la quale può essere tollerata senza danno dalla salute di chi ne beva; ma non di più: altrimenti il fabbricante o venditore di tali vini verrà processato come falsificatore. (*Union Médicale* 1880, N. 119, pag. 431).

Il consumo dei tabacchi in Italia nel 1879. — La Regia cointeressata dei tabacchi ha testè pubblicata la sua relazione sull'e-

sercizio dell'anno 1879. Noi ne togliamo alcune notizie relative al consumo dei tabacchi che si è fatto durante l'anno in Italia.

La vendita pei tabacchi nazionali da fiuto ascese a chilogr. 3,355,772, per l'intero importo di 21,050,378 lire; quella dei tabacchi nazionali da fumo a chilogr. 11,640,723 per l'importo di 136,417,590 lire. Rispetto poi alle diverse qualità del tabacco da fumo consumato nell'annata, si hanno le cifre seguenti:

Trinciato	Chilogr.	6,232,099
Brasile in corda	»	437
Sigari superiori	»	35,806
Scelti	»	562,951
Comuni lunghi	»	2,208,613
Alla paglia	»	436,202
Comuni corti	»	1,167,381
Tipo unico	»	972,835
Spagnolette	»	25,097

I tabacchi esteri, presi insieme, entrarono nel consumo per la quantità di chilogr. 113,069, così riportati:

Sigari	Chilogr.	4,141
Spagnolette	»	107,305
Trinciato	»	1,623

e per un importo di 1,190,759 lire.

Cosicchè abbiamo nella cifra del consumo per il 1879:

Tabacchi nazionali	Chilogr.	14,997,496	L.	136,417,590
Tabacchi esteri	»	113,069	»	1,190,759
	Chilogr.	15,110,565	L.	137,608,349

Ove poi la quantità totale del consumo si ripartisca sul numero degli abitanti, vediamo che a ciascuno spetta in media la quota annua di 624 grammi di tabacco per l'importo si L. 5,68.

Il paese dove si fa uso maggiore di tabacco da fiuto è il Veneto. Infatti la media individuale raggiunge qui il limite di 312 grammi per l'importo di L. 1.63, misura che non è raggiunta da nessun'altra provincia del Regno.

Dove poi si consuma minore quantità di tabacco da naso è nelle provincie del napoletano, dove la tangente individuale arriva appena a 44 grammi, ragguagliati al valore di L. 0.42.

La provincia dove si fuma assai più che nelle altre è quella di Roma; infatti la media annua ascende qui a 629 grammi per individuo, ragguagliati all'equivalente di L. 7.44.

Per contrario il paese dove si fuma meno è la Sardevna: ed infatti in Sardegna la media individuale del consumo raggiunge appena i 351 grammi, ragguagliati al valore di L. 3.64. (Dalla *Gazzetta Ufficiale del Regno*, N. 197, 17 agosto 1880, pag. 3419).

Depositi mortuarj. — Lord Ebrington nel 1852 d'accordo con il Congresso d'Igiene, che allora tenevasi a Bruxelles, vivamente raccomandava perchè si stabilissero depositi mortuarj, tenendo conto dei gravi inconvenienti del rimanere i cadaveri nelle camere abitate. Il dottore O. Du Mesnil, dopo 28 anni ripreso il voto del nobile Lord, otteneva per esso il suffragio della Società di Medicina pubblica di Parigi. Quando si pensa allo stato delle abitazioni, e al modo con cui vive tanta parte del popolo nelle maggiori nostre città, non si può a meno di non applaudire a simile proposta. Fatti commoventi sono stati ricordati sul soggetto: quello ad esempio d'una famiglia d'operaj ammucchiata in unica camera ventilata; il padre stava per morire di vajuolo emorragico, mentre a lato e sul medesimo letto la moglie partoriva il sesto figlio. Il restare un cadavere per 24 ore e più in simili tugurj è manifestamente cagione di gravi pericoli; e per vero, anche guardando la cosa dal solo lato igienico, non si possono immaginare condizioni più atte, acciò che s'estenda un'epidemia, del lasciare in tale ambiente il cadavere di persona soccombuta a malattia contagiosa. (« Gazette médicale de Paris » 1880, N. 34, p. 433).

Questi *depositi mortuarj*, oltre al preindicato fine, potrebbero pur servire all'altro degli *asili dubiae vitae*, quali sono presso certi ospitali. Istituzione di cui si volle far onore alla Germania, ma che noi avevamo in casa, senza saperlo: Firenze fin dalla seconda metà del secolo XIII presso la chiesa di S. Maria del Bigallo e della Misericordia aveva la *torre del Guardamorti*, sotto di cui eravi una stanza, nella quale, morto che ciascuno era, i parenti suoi venivano obbligati a condurre il cadavere, che poscia, trascorse 18 ore, i parenti medesimi potevano far portare alla parrocchia, o alle sepolture proprie con quell'onore che avesse comportato il comodo o la possibilità di ciascheduno (*Landini Placido*, Istoria dell'Oratorio e della venerabile Arciconfraternita di S. Maria della Misericordia, ecc. Firenze, 1843. — *Puccinotti F.*, Storia della Medicina. Livorno, 1859 vol. 2.° parte 2.ª, p. 473).

Aumento de' pazzi in Inghilterra. — Il numero de' pazzi nella Gran Brettagna sale oggi a 77,696. Nel 1859 la proporzione era in Inghilterra di 1,87 su 1000 abitanti, nel 1878 di 2,76; uguale incremento nella Scozia; e così la proporzione fra i mentecatti e il resto della popolazione che prima era di 1,99 su mille, diveniva dopo vent'anni di 2,55. (« The medical Record » New York, august 28, 1880 p. 252).

Nuovo purificatore. — Secondo il dott. Peruysson l'azotito di etile, od etere azotato, allo stato di vapore ha tutte le qualità fisiche e chimiche necessarie per distruggere i prodotti morbosi che possono esservi nell'aria. La sua azione è analoga a quella dell'ozono come comburente, ma è di maggior efficacia. Non ha maggiori inconvenienti dell'ozono riguardo all'odore e all'azione irritante sui tessuti; ma, laddove

non è possibile produrre ozono in modo spiccio e pratico, basta per servirsi di quest'etere metterne mattina e sera alcuni grammi in una boccia che si lascia aperta nell'appartamento di cui si vuole purificare l'aria. Una sola boccia è sufficiente per un locale di 100 metri cubici; nondimeno è meglio adoprare l'etere stesso mescolato con alcool a parti eguali. (« Comptes rendus de l'Académie des Sciences. » Séance du 9 août, 1880).

Sistema metrico in America e in Inghilterra. — Il dottor Edoardo Seguin di Nuova York tanto s'è adoperato che ha ottenuto dall'Associazione medica americana, nell'adunanza del 3 giugno p. p., venga adottato il sistema metrico in tutte le comunicazioni mediche, e raccomandato lo studio e la pratica di questo sistema nei collegi medici, nelle cliniche, nei dispensatorj, ecc. (« Gazette médicale de Paris » 1880, n. 36, p. 476). Il dott. Seguin ha già da ormai due anni introdotto il sistema decimale negli *Archives of Medicine* da lui diretti, e per agevolare l'uso prepone ad ogni fascicolo una tabella di ragguaglio co'pesi e le misure generalmente usate negli Stati Uniti.

Non resta più che l'Inghilterra, pertinace nelle antiche usanze; ma anche quivi alacremente v'ha chi s'adopera a superarle: il *British medical Journal* s'è messo a capo di questo movimento, che è riforma e progresso ad un tempo.

Premio. — *Reale Istituto veneto di scienze, lettere ed arti. — Premio di fondazione Balbi-Valier per il progresso delle scienze mediche e chirurgiche.*

« È aperto il concorso al premio di italiane lire 3000 da darsi al-
« l'italiano che avesse fatto progredire nel biennio 1880-81 le scienze
« mediche e chirurgiche, sia colla invenzione di qualche utile istrumento
« o di qualche ritrovato, che servisse a lenire le umane sofferenze, sia
« pubblicando qualche opera di sommo pregio. »

Discipline relative a questo premio. — Non sono ammessi i membri effettivi del R. Istituto veneto; ed il concorso si chiude alle ore 4 pomeridiane del giorno 31 dicembre 1881.

Il risultato del medesimo si proclamerà nella pubblica solenne adunanza del 15 agosto 1882.

Le opere presentate devono essere manoscritte, e porteranno una epigrafe, che sarà ripetuta sopra un viglietto suggellato, contenente il nome, cognome e domicilio dell'Autore. Verrà aperto il solo viglietto dell'opera premiata.

Anche la presentazione d'istrumenti e d'altri oggetti sarà accompagnata dall'epigrafe e dal rispettivo foglio suggellato.

Venezia, 15 agosto 1880.

Il presidente, G. Bucchia.

Il segretario, G. Bizio.

Annunzj di libri.

Ahlfeld F. « Die Missbildungen des Menschen. Eine systemat. Darstellung der beim Menschen angeboren vorkomm. Missbildgn. I. Abschn., Spaltung, Doppelbildung u. Verdoppelung. » Leipz., in-8.°, pag. xv-144, con atl. di 23 tav. in-fol. obl.

Albert N. « Vade-mecum per la diagnosi delle malattie chirurg. Trad: da De Hoffmann e Bresciani. » Verona, in-24.°, pag. IV-535, legato.

Andeer J. « Einleitende Studien über das Resorcin zur Einführung desselben in die praktische Medicin. » Würzburg, in-8.°, pag. 74.

Baas J. H. « Leitfaden der Geschichte der Medicin. » Stuttgart, in-8.°, pag. VI-142, con ritr. e fac-sim.

Beale L. « Lectures on the principles and practice of medicine on slight ailments; their nature and treatment. » London, in-8.°, pag. 220.

Braun J. « Systematisches Lehrbuch der Balneotherapie einschliesslich der Klimatotherapie der Phthisis. 4. umgearb. Aufl., hrsg. von B. Fromm. » Berlin, in-8.°, pag. VIII-667.

Burkart R. « Die chronische Morphiumvergiftung und deren Behandlung durch allmähliche Entziehung des Morphium. » Bonn, in-8.°, pagina VII-184.

Burot P. « De la fièvre dite bilieuse inflammatoire à la Guyane. Application des découvertes de M. Pasteur à la pathologie des pays chauds. » Paris, in-8.°

Busch E. « Mittheilungen aus der chirurgischen Privatklinik 1875-77. Leipzig, in-8.°, pag. 232, con tav.

Casini A. « Carbonchio e pustola maligna. » Napoli, in-8.°, p. 103.

« Chirurgie deutsche. Mit zahlreichen Holzschn. u. Taf. Hrsg. von Billroth u. Luecke. 44. » Lief. Stuttgart, in-8.°, pag. VIII-176, con 31 figure.

Cont.: *Die Verletzungen des Unterleibes, von J. N. v. Nussbaum.*

Conrad und *Rapin.* « Skizzen zum Einzeichnen geburtshülflicher u. gynäkolog. Befunde. » Bern, in-8.°, con 20 tav.

Delefosse E. « Leçons cliniques sur l'uréthrotomie interne. » Paris, in-8.°, con 10 fig.

« Denkschriften der medicinisch-naturwiscenscaftlichen Gesellschaft zu Jena. » II. Bd. Jena, in-4.° gr., pag. v-388, con 21 tav. cart.

De Paoli E. « Contribuzione allo studio dell'azione locale e generale dell'urina normale e patolog. » Torino, in-8.°, pag. 117.

Derblich W. « Die simulirten Krankheiten der Wehrpflichtigen. Neue Ausg. » Wien, in-8.°, pag. III-186.

Doléris J. A. « La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs: pathogénie et thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches. » Paris, in-8.°, con 3 tav.

Düring A. v. « Ursache u. Heilung des Diabetes mellitus. 3. erweit. Aufl. » Hannover, in-8.°, pag. VIII-112.

Fenoglio I. « Dei varj metodi e strumenti per valutare l'emoglobina. » Firenze, in-8.°, pag. 27.

Fothergill J. M. « The practitioner's handbook of treatment on the principles of therapeutics. 2. ed. » London, in-8.°, pag. 636.

Fritsch H. « Klinik der geburtshülflichen Operationen. 3. umgearb. Aufl. » Halle, in 8.°, pag. VIII-376, con 11 tav. e 12 fig.

Galezowski. « Échelles portatives des caractères et des couleurs, pour mesurer l'acuité visuelle. 34 planches. » Paris, in-32.°, obl.

Gerhardt C. « Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 4. verb. Aufl. 1. Hälfte. » Tübingen, in-8.°, pag. 352, con fig.

— « Trattato delle malattie dei bambini »; trad. dal tedesco da D. Franco e F. Massei, con note ed aggiunte di L. Somma. Napoli, in-8.°, pag. VI-868, con fig.

Gray H. « Anatomy descriptive and surgical. 9. ed. » London, in-8.°, pag. 962, con 538 fig.

Henle J. « Grundriss der Anatomie des Menschen. Nebst Atlas von 286 Taf, zum Thl. in Farbendruck 2. (Schluss-) Lief. Eingeweide-Gefäss-u. Nervenlehre. » Braunschweig, in-8.° gr. con 185 tav.

Hofmann E. « Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. Mit gleichmäss. Berücksicht. der deutschen u. österreich. Gesetzgebung, 2. Aufl. 1 Hälfte. » Wien, in-8.°, pag. 400, con molte incis.

« Jahrbuch für praktische Aerzte. Unter Mitwirkg. von Fachgelehrten hrsg. von Guttmann. 3. Bd. 1. Abth. » Berlin, in-8.°, pag. 256.

« Jahrbuch der practischen Medicin. Hrsg. von P. Börner, Jahrg. 1880. » Stuttgart, in-8.°, pag. xv-780.

« Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin Unter Mitwirkg. zahlreicher Gelehrten hrsg. von R. Virchow u. A. Hirsch. 14. Jahrg. » Bericht für 1879.

« Jahresbericht üb. die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie, begründet von Nagel, fortgesetzt von J. Michel. 8. Jahrg. Bericht für 1877. Tübingen, in-8.°

Jeannel M. « L'infection purulente ou Pyohémie. » Paris, in-8.°

Klebs E. « Handbuch der pathologischen Anatomie. 7. Lief. (2. Bd. 1. Abth. 1. Lief.). » Berlin, in-8.°, pag. VI-302, con 24 fig.

Cont.: *Pathologische Anatomie des Larynx u. der Trachea. Bearb. von H. Eppinger.*

Krause C. F. T. « Handbuch der menschlichen Anatomie. 3. durchaus neu bearb. Aufl. von W. Krause. 3. Bd. (Schluss.). Racen-Anatomie, Bewegungen, Homologie der Extremitäten, Varietäten u. Tabellen. » Hannover, in-8.°, pag. VIII-330, con fig.

Lammert G. « Zur Geschichte des bürgerlichen Lebens und der öffentl. Gesundheitspflege, sowie insbesondere der Sanitätsanstalten in Süddeutschland. » Regensburg, in-8.°, pag. IV-301.

Leroux C. « Des amputations et des résections chez les phtisiques. » Paris, in-8.°

Lotz Th. « Pocken u. Vaccination. Bericht üb. die Impffrage, erstattet an den schweizer. Bundesrath. » Basel, in-8.°, pag. III-136, con 6 tavole.

Mackenzie M. « Die Krankheiten des Halses und der Nase. Deutsch hrsg. von F. Semon. I. Bd.: Die Krankheiten der Pharynx, Larynx u. der Trachea. » Berlin, in-8.°, pag. XV-804, con 112 fig.

Maragliano E. « Note di clinica medica. » Genova, in-8.°, pag. 105.

Marini A. « Dell'eclampsia nella gravidanza, nel parto e nel puerperio. » Firenze, in 8.°, pag. 84.

Mégnin P. « Les parasites et les maladies parasitaires chez l'homme, les animaux domest. et les animaux sauvages, avec lesquels ils peuvent être en contact. Insectes, Arachnides, Crustacés. » Paris, in-8.°, con fig. e 26 tav.

Naegele H. F. et *Grenser W. L.* « Traité pratique de l'art des accouchements. 9.° éd., traduite par G. A. Aubenas. » Paris, in-8.°, con tav. e 229 fig.

Niemeyer P. « Diagnostica fisica (semiotica) compreso l'esame climatol. ed igienico per i medici pratici; trad. con note da E. Fazio. » Napoli, in-8.°, pag. 320-XI, con 87 fig.

Nitot E. « Contribution à l'histoire de la syphilis et de la tuberculose oculaires. Des gommes syphil. de l'iris et du corps ciliaire. » Paris, in-8.°, con tav.

Parreidt J. « Handbuch der Zahnersatzkunde. Mit Benutzg. der 2. Aufl. v. Richardson's Mechanical Dentistry bearb. » Leipzig, in-8.°, pagina X-342, con 127 fig.

Peters H. « Die klimatischen Winterkurorte Central-Europa's und Italiens. » Leipzig, in-8.°, pag. V-191, con carta geogr.

Pollach J. « Compendium der Balneotherapie. » Wien, in-8.°, pagina X-335.

Rengade J. « La vie normale et la santé. Traité complet de la structure du corps humain. 2.° partie. » Paris, in-4.°

Rohlfs H. « Geschichte der deutschen Medicin. Die medicin. Classiker Deutschlands. 2. Abth. » Stuttgart, in-8.°, pag. X-566'

Röll M. F. « Lehrbuch der Arzneimittellehre für Thierärzte. 3. umgearb. Aufl. » Wien, in-8.°, pag. VIII-244.

Rottenstein J. B. « Traité d'anesthésie chirurgicale, contenant la description et les applications de la méthode anesthésique de Paul Bert. » Paris, in-8.°, con 41 fig.

Semmola M. « Manuale di materia medica e terapia, compil. per cura di L. De Angelis. » Napoli, in-8.°, pag. VIII-550.

Smith C. « Précis clinique des affections des voies urinaires chez l'homme. » Tome I. Paris, in 8.°

Spiegelberg O. « Lehrbuch der Geburtshülfe. 2. verm. Aufl. » Lahr, in-8.°, con fig.

Stricker S. « Vorlesungen über allgemeine und experimentelle Pathologie. 3. Abth. 2. Lief. » Wien, in-8.°, con tav.

Tartenson J. « Médecine pratique. La Syphilis, son histoire et son traitement (méthode anglaise). » Paris, in-12.°

Thompson H. « Trattato delle malattie delle vie urinarie; trad. dall'inglese con note di A. Scambelluri. » Napoli, in-8.° gr., pag. 896, con 237 fig. e 2 tav.

Urbantschitsch V. « Lehrbuch der Ohrenheilkunde. » Wien, in-8.°, pag. VIII-568, con 75 fig. e 8 tav.

Voltolini. « Ueber Nasenpolypen u. deren Operation. » Wien, in-8.°, pag. 31.

Zehender W. v. « Die medicinische Staatsprüfung in Deutschland u. Hr. Dr. Varlomont in Brüssel. » Stuttgart, in-8.°, pag. 32.

Zuelzer W. « Lehrbuch der Harn-Analyse. Zum Gebrauche bei physiolog. Untersuchgn. u. am Krankenbette. » Berlin, in-8.°, pag. VIII-233, con 35 fig. ed 1 tav.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA D'ANATOMIA

del Prof. G. ZOJA.

Anatomia normale.

Anatomia anomala.

Anatomia topografica.

RIVISTA DI FISIOLOGIA

del dott. S FUBINI

VARIETÀ.

MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS

publised by
The Royal Medical and Chirurgical Society
London, Vol. LXII, 1879

Report of the scientific Committee appointed to investigate the relations of membranous croups and diphtheria. (*Rapporto della Commissione scientifica proposta ad investigare la relazione tra il croup membranoso e la difteria*, pag. 1).

Come appare dal titolo, l'oggetto e lo scopo dell'inchiesta era di sta-

bilire se vi è un « croup idiopatico membranoso » quale malattia a sè, indipendentemente dal veleno difterico, e qualora ciò fosse quali sarebbero i criterii clinici e patologici che lo distinguono.

Sembrerebbe alla Commissione evidente che l'essudazione membranacea nelle vie aeree possa essere prodotta da irritanti chimici e meccanici indipendentemente anche dal contagio difterico, e che in pochi casi la laringite membranosa sia comparsa per l'influenza del freddo.

L'inchiesta venne fatta su i seguenti punti e col seguente ordine:

I. Conoscere le cause della laringite membranosa e la loro relativa frequenza.

II. Le condizioni della comparsa sia come associazione con altre malattie, sia per clima, stagione e condizioni igieniche generali.

III. La possibile distinzione tra la classe dei casi, avuto riguardo:

1.° Al decorso generale;

2.° Ai sintomi;

3.° Alla distribuzione anatomica delle false membrane;

4.° All'anatomia patologica locale;

5.° » » generale;

6.° Ai caratteri istologici;

7.° Alle conseguenze.

Ed ecco le conclusioni della Commissione stessa:

I. L'infiammazione membranosa limitata e principalmente interessante la laringe e trachea può sorgere per una varietà di cause come:

1.° Per contagio difterico;

2. Per acqua ed aria impura, od altri agenti, come quelle che riguardano comunemente lo sviluppo o la trasmissione delle malattie zimotiche (quantunque non possono essere determinate come veri portatori di contagio);

3° Quale accompagnamento della rosolia, scarlattina, o febbre tifoide, essendo associate a queste malattie indipendentemente da qualche accertabile esposizione alla infezione speciale difterica;

4.° È stabilito con qualche evidenza, benchè il comitato non abbia avuto l'opportunità di esaminare le membrane in questione, che l'infiammazione della laringe e della trachea può essere prodotta da varie cause accidentali di irritazione: l'inalazione di acqua calda o di vapore, il contatto degli acidi, la presenza di un corpo straniero nella laringe e la ferita della gola.

II. Sonvi casi certissimi nei quali l'affezione membranosa d'improvviso susseguiva all'esporsi al freddo, ma la conoscenza dei casi individuali non è sufficiente ad escludere il possibile intervento e coesistenza di altre cause. La maggior parte dei casi di sintomi croupali, definitivamente legati al freddo apparvero della natura di catarro laringeo.

III. L'infiammazione membranosa principalmente della laringe e trachea alla quale viene comunemente applicato il termine di « croup

membranoso » può essere partecipata per un'influenza epidemica o d'altra sorte, che in altre persone ha prodotto la difteria faringea.

IV. E viceversa, una persona affetta da processo membranoso principalmente delle vie aeree, comunemente chiamato croup membranoso, può comunicare ad altri una condizione membranosa limitata alla faringe e tonsille, la quale sarà generalmente considerata come difterica.

È pure risultato che l'affezione membranosa della laringe può sorgere in connessione con alcune comuni infiammazioni e con disordini speciali di diverse specie, la più frequente delle quali sotto questo riguardo è quella che produce altrove consimile alterazione, ed è riconosciuta come difteria.

Il Comitato propone infine che il termine *croup*, d'ora innanzi cia intieramente usato come una clinica definizione per indicare l'obliterazione laringea che con sintomi febbrili avviene nei bambini. Così il croup può essere membranoso o no, dovuto o no alla difteria.

Il termine *difteria* sarebbe l'anatomica definizione di una malattia zimotica, la quale può o non essere accompagnata dal croup.

Queste conclusioni meritano d'essere convenientemente considerate nel loro giusto valore, essendo stata l'inchiesta condotta con attenzione e cura e le conclusioni basate su ricco materiale d'osservazione. Al Rapporto sono uniti tutti i documenti ed in forma di appendici vengono pubblicate le raccolte delle risposte alle varie domande fatte ai varii socii dell'Accademia ed ad altri medici pratici, nonchè altri sulla storia e sulla prima letteratura ed altri punti interessanti il soggetto, con tavole nelle quali sono classificati i singoli casi osservati.

A case of Morphæa. (*Caso di morfea*) di GEORGE GASKOIN. pagina 196.

Harriet I. d'anni 24, nubile, presenta delle masse nodulari sul lato destro della mascella inferiore; esse sono allungate e di forma quadrata; di colorito bianco con scarse vene, mentre queste erano in gran numero all'intorno di esse ed al di là la cute presenta piccole macchie oscure. Sembrano sorgere ed innalzarsi per un certo deposito sottocutaneo, presentando quel complesso caratteristico descritto da Erasmus Wilson per *morfea alba tuberosa*, ovverossia *Dartre de graisse* di Retz. L'attenzione è poi attratta sopra alcune retrazioni e contratture della pelle immediatamente vicina ai noduli, la quale assume l'aspetto di larga cicatrice. in modo che le masse erano spinte all'infuori e come contorte. Questi ammassi nodulari, quantunque in minor numero che alla faccia, erano sparsi altrove. Alla regione delle tempia v'era qualche cosa che ricordava l'*alopecia areata* molto tempo dopo la guarigione, pochi capelli sono sottili e brevi, mentre la maggior parte sono pressochè normali, ma presentano un certo ombreggiamento giallo. A questa parte corrispondono macchie gialle abbastanza appariscenti. In tale punto, che da due anni era occupato da un ammasso di tuberosità,

pare abbia incominciata la malattia, quantunque non sia facile il fissare in questo caso la data del principio della malattia, nè in qual parte essa abbia avuto principio. Pure al petto vi sono due larghe placche di morfea con deposito tipico. Al braccio sinistro porta una larga macchia nera, circolare e ben limitata del diametro di tre pollici e mezzo, molle uniforme e presenta un numero di punti bianchi fra loro equidistanti corrispondenti a papille elevate ed erette. Altre macchie sono sparse nel tronco ed estremità inferiori, e distribuite in modo e con caratteri proprii, sicchè puossi dire che una considerabile parte del corpo è colorita in nero, mentre la massima parte delle membra e del lato sinistro della faccia e del capo sono intieramente libere dalla malattia, meno alla regione ipogastrica dove presentansi molte areole diversamente pigmentate, ed è da questo punto all'insù che trovasi la *morfea alba tuberosa* nella maggior attività. L'affezione non è accompagnata nè da dolore, nè da anestesia, nè da prurito.

Questo caso secondo l'Autore potrebbe essere chiamato *morfea alba e nigra* entrambe giudicate dannose, di incerto esito ed in ciò analoghe alla lebbra.

Nel suo originale significato non parrebbe improbabile che la morfea significasse una macchia nera e solo ultimamente siasi usato lo stesso termine per indicare quelle bianche. La propria esperienza dimostra che la *morfea alba* è spesso accompagnata sia nella tuberosa e atrofica, dall'aggiunta di pigmento e specialmente da macchie di colore di mora come nelle leucodermia.

Le macchie esservate in questo caso non sono altrimenti descritte che come sintomi di lebbra, pure con tutto ciò l'Autore non esprime alcuna opinione sulla identità della morfea colla lebbra.

On the condition of the skin in tinea tonsurans. (*Sulla condizione della pelle nella tigna tonsurante*). F. Taylor, pag. 179.

Ricorda dapprima l'Autore una comunicazione del dott. Thin (1) sullo stesso argomento, e mentre le osservazioni furono fatte sulla cute del cavallo, l'Autore l'estese sull'uomo, allo scopo pure di accertare se il fungo era limitato al capello o no, quanto profondamente si internava nella struttura della guaina del bulbo e nei follicoli, poichè a queste condizioni sono legati i metodi di cura. Il soggetto dell'osservazione moriva per affezione cerebrale, e venne esportato una porzione di cute del capo. All'esame si vide che molti capelli sono affetti dal fungo in vario stadio. Alcuni capelli ritengono la loro forma, mostrando entro un vario numero di micelii e parallele alla loro lunghezza, altri invece sono tinti per un ammasso di spore all'intorno dei follicoli, in mezzo alle quali scorgesi un vestigio del capello, la cui so-

(1) « Annali Univ. di Med. (Parte Rivista) » dicembre 1879, pag. 531.

stanza sembra interamente distrutta, o sostituita da micelii posti in una direzione longitudinale, mentre all'inbasso il fungo non si estende al di là del limite superiore del bulbo del capello. I bulbi dei capelli non sono mai intaccati.

Lateralmente l'invasione del fungo è limitata dall'interna guaina del bulbo colla quale nello stadio avvanzato, le spore sono a contatto, mantenendo però l'integrità anche quando il follicolo è schiacciato dalle spore stesse. La guaina esterna non mostra alcuna traccia di fungo, neppure le pareti dei follicoli, il tessuto sottocutaneo, la cute e lo strato mucoso dell'epidermide I capelli affetti non sono infranti e non presentano alcuna traccia di processo inflammatorio.

Parrebbe quindi che il fungo invada il solo capello, e si estenda nella di lui sostanza in basso fino al bulbo, nel quale non penetra mai nè attacca il tessuto delle guaine di esso, mentre il primo punto di invasione è probabilmente quella porzione del fusto immediatamente al livello della superficie cutanea.

Dopo alcune altre particolarità sulla vegetazione e distribuzione delle spore e dei micelii l'Autore discute la cura, ricordando come la depilazione non assicura l'estrazione del fungo potendo i micelii di nuovo svilupparsi appena che il nuovo pelo si sviluppa, a meno che la riproduzione fosse prevenuta dalla contrazione del parete del follicolo attorno alla radice retratta.

The nature of jodide-of-potassium eruption. (*Sulla natura della eruzione pel joduro di potassio*). di George Thin, pag. 189.

È a tutti nota la eruzione cutanea che spesse volte accompagna la somministrazione del joduro di potassio, eruzione che assume vario aspetto e talora un carattere serio. In quest'ultimo caso l'eruzione può essere pustolosa, in forma di bolle e flittene contenente fluido sieroso o siero sanguinolento, oppure di semplice purpura, potendosi queste forme presentarsi sullo stesso paziente.

Questa eruzione si vorrebbe prodotta dagli effetti stimolanti del jodio sugli elementi secretori delle ghiandole linfatiche, opinione sprovvista di prova diretta e contro la quale starebbe l'osservazione dell'Autore. Riporta questi i risultati di un'esame microscopico di porzione di cute affetta da un'eruzione vescicolosa occorsa in un infermo assoggettato al joduro di ferro e di potassio in seguito a sifilide costituzionale. L'eruzione era sotto forma di vescicole e di pustole alla faccia, al dorso alla mano destra e sopra quest'ultime parti venne fatto l'esame, dopo aver fatto indurire la cute nell'alcool ed in una soluzione d'acido cromico. Le sezioni si fecero nel mezzo di una macchia oscura della larghezza pressochè di un centesimo portante nel centro una vescicola. Qui la cute presentava tre ben distinte aree. Quella nel centro era costituita da una materia quasi omogenea con istrati di leucociti, sostanza simile a quella che si trova là dove vi fu essudazione di sangue in un tessuto

ammalato. All'intorno di questa sostanza v'era uno strato di cellule trasudate in un reticolo delicato, come fibrinoso; la sezione dei vasi in questa area mostra le pareti pressochè distrutte e circondate da un ammasso di corpuscoli rossi del sangue. All'esterno infine di quest'area ne esisteva una terza di tessuto connettivo fascicolato, il quale lasciava degli spazii con cellule e reticolo di fibre finissime, simile a quello osservato più verso il centro della macchia. Quì pure trovavansi vasi a parete più o meno degenerate e distese da corpuscoli rossi. L'epidermide della prima area era disorganizzata, le ghiandole sebacee della parete erano sane. Alcuni vasi nella parte più profonda della cute e distante dalle vescicole e dalle ghiandole erano ripiene e distesi di sangue disciolto.

La bolla quindi si formò per la rottura della parete dei vasi di una limitata area avendo il liquido per raccogliersi sotto lo strato carneo dell'epidermide, dovuto spostare il tessuto connettivo e perforare la rete mucosa.

L'Autore vorrebbe spiegare tutte le varietà delle eruzioni prodotte del jodio, ammettendo, come in questo caso, la tendenza di questo medicamento, una volta portato in circolo, di attaccare in speciali punti i vasi sanguigni. La lesione nelle sue forme più miti si mostrerebbe nella comune di acne jodica in quella di bolle, vescicole pustole e di purpura nei casi più gravi, indicanti una distruzione completa di parti delle pareti vascolari, dipendenti quindi tutte dalle più o meno estesa alterazione dei vasi.

Tracheotomy in membranous Laryngitis; the indications for its adoption, and some special points as regards its after treatment. (*La tracheotomia nella laringite membranosa*; *indicazioni per la sua attuazione, e punti speciali per la cura consecutivo*); di William Parker, pag. 197.

L'Autore lamenta dapprima come il chirurgo venga spesse volte chiamato allorquando ogni sussidio terapeutico sia andato fallito, molto di più poi perchè fra questi sussidj generalmente si contano i deprimenti aumentando così la prostrazione già predominante in questa malattia. La tracheotomia è indicata dalla crescente e preesistente dispnea, dovuta alla meccanica occlusione della laringe o della trachea, la cui migliore prova non è l'apparente ambascia del paziente, ma il diminuire la mobilità delle pareti toraciche, degli spazii sopraclavicolari, specialmente se accompagnata da soppressione di voce più o meno completa.

Circa alla cloroformizzazione l'Autore non ha osservato alcun grave inconveniente, anzi ne trasse sempre vantaggio e facilità nell'operazione.

Quale atto operativo raccomanda la crico-tracheotomia, l'Autore non vide mai risultare alcun inconveniente dal taglio della cricoide. La posizione dell'istmo della tiroide varia considerabilmente nei ragazzi potendosi trovare fino anche a ridosso della cricoide stessa; frequente-

mente sopra i due o tre primi anelli tracheali. Quando l'istmo è alto egli è miglior cosa incidere la cricoide ottenendosi così uno spazio maggiore per la facile introduzione del tubo; il timore della non adesione o della necrosi, è secondo l'esperienza dell'Autore, priva di fondamento.

Insieme con Holmes e Marsh, l'Autore insiste perchè la trachea sia messa allo scoperto prima di inciderla, onde aprirla con precisione, avere facilità nell'introdurre la cannula e diminuire il pericolo dell'infiltrazione di pus tra i piani intramuscolari durante il decorso della malattia.

Per frenare l'emorragia venosa tanto frequente, l'Autore non ricorre alla legatura, poichè questa può dare origine alla trombosi estesa alle grosse vene. Se l'emorragia è intensa si frena colle pinzette di Dieffenbach, per levarle appena la trachea è aperta e ristabilita la respirazione, non essendo le emorragie in questi casi continue.

Vorrebbe l'Autore pure l'uso metodico del dilatatore dopo che la trachea fu incisa, essendo più facile la sortita dei pezzi di false membrane e del muco pus attraverso la fessura che pel tubo metallico.

L'Autore è pure d'avviso di pulire, mediante una penna, la laringe e trachea dalle false membrane, poichè queste sono spesse volte causa di irritazione e di tosse, e di usare un largo tubo tracheale per dare una facile uscita ai secreti.

La curva della cannula è pure di grande importanza, e molto più quella della quale sono fornite la maggior parte, e di un quarto di cerchio; devesi a tale condizione di forma l'ulcerazione della parete anteriore della trachea. A togliere questo pericolo l'Autore propone una cannula la cui direzione corrisponde all'imbasso ed all'indietro a quella della trachea, formando un arco il cui contorno si avvicina di più al *gotico* che al romano. Occorrono molte cannule onde appropriarle ai casi speciali, togliendo così una causa di inconvenienti consecutivi, ulcerazioni, granulazioni, ecc., danni dal Baker attribuiti alla rigidità della cannula opinione dall'Autore combattuta.

L'Autore propone indi un *retrattore automatico*, che ad uso di un dilatatore della palpebra tenga divaricate dopo il taglio le parti molli nel caso che l'operatore si trovasse senza assistenti.

Circa al trattamento consecutivo, poichè lo scopo dell'operazione è di aprire una larga via all'aria per entrare nei bronchi, esso dovrebbe essere così formulato: *Il tubo aereo deve frequentemente e con cura essere pulito in una maniera o nell'altra, da ogni membrana o prodotto secretivo, appena che ne sia sospettata la presenza*, dai relativi sintomi; e ciò mediante vapori medicamentosi, solventi, espettoranti, disinfettanti, ecc., mediante spazzature fatte con penne, e con cateteri elastici per la pulitura delle cannule, poichè l'Autore non esita ad annunciare che: *La presenza di membrane nella trachea in casi di fatale laringite membranosa dopo la tracheotomia, mostrano all'evidenza la mancanza di cura per parte del chirurgo, appunto come sarebbe la*

presenza di un pezzo di intestino nel canale inguinale dopo l'erniotomia, od un calcolo nella vescica dopo l'operazione della litotomia.

On three cases of distal legature of the Carotid and subclavian arteries for aneurisms involving the innominate artery. (*Sopra tre casi di contemporanea legatura della carotide e subclavia per aneurisma dell' arteria innominata*); di RICARD BARWELL, pag. 217.

Sono tre storie chirurgiche che l'Autore aggiunge a quella riferita nel 1877 (1). Con questi casi viene portato ad undici il numero delle operazioni eseguite per l' aneurisma dell' innominata, dei quali quattro appartengono all'Autore, come si devono a lui i soli tre casi di esito felice avuti sugli undici operati.

On Disease of the mastoid bone. (*Sulla malattia dell'osso mastoideo*); di W. B. DALBY, pag. 231.

In questa nota sono riferiti alcuni casi, i quali aggiunti ad altri già ricordati, dimostrano come una irritazione puramente locale possa dar luogo a produzioni maligne in individui con nessuna disposizione ad esse, e come queste possono distruggere porzioni estese d'osso ; richiamano pure l'attenzione sul fatto che i probabili effetti fatali dell'infiammazione possono essere scongiurati dalla perforazione delle cellule mastoidee; e provano come tutto l' osso temporale possa in un fanciullo essere distrutto e l'ammalato sopravivere.

Observations on the effect of diet, rest, exercise etc., in chronic nephritis. (*Osservazioni sugli effetti della dieta, riposo, esercizio, ecc., nella nefrite cronica*); di EDWARD SPARKS e MITCHELL BRUGE, pag. 243.

Il paziente sul quale queste osservazioni furono fatte soffriva per tisi cronica da parecchi anni, e presentava albumina nelle orine. Furono istituite varie serie di osservazioni incominciando dall' ordinaria dieta stando fermo il tenore abituale di vita; indi durante la dieta vegetale e latte, nella dieta con carne e nelle ordinarie condizioni. Si instituirono pure esperimenti coll' assoluta dieta lattea e di ova, con acqua invece di latte nella dieta ordinaria; sugli effetti del riposo, e colla somministrazione della digitale. Ecco le conclusioni che parrebbero da questi esperimenti giustificate :

1.° Che la quantità dell' albumina era ridotta dall' assoluta dieta lattea e dalla assoluta dieta non nitrogena ;

2.° Che gli effetti della dieta lattea non erano puramente apparenti, e dovuti all'albumina essendo più dell'ordinario diminuita, poichè la dieta ordinaria con una eguale quantità di acqua non produceva lo stesso risultato ;

(1) « Annali Univ. di Med. (Parte Rivista) » dicembre 1879.

3.° Che le ova in eccesso non producono apprezzabile riduzione nella quantità di albumina;

4.° Che l'effetto della dieta non nitrogena era non immediato, e che persisteva alcun tempo dopo;

5.° Che l'assoluto riposo riduce notabilmente la quantità d'albumina;

6.° Che l'aumento della tensione arteriosa per la digitale ne aumenta la secrezione.

In quanto agli effetti dell'esercizio, non puossi per le variazioni ottenute definitivamente conchiudere.

A study of the so-called tendon-reflex phenomenon. (*Studio sul così detto fenomeno riflesso del tendine*); di W. R. Gowers, pagina 259.

In questo studio vengono riferite alcune serie di osservazioni sulle due forme di spasmo muscolare descritte da Erb e Westphal e che furono legate alla sclerosi spinale e cioè: 1.° su quel movimento che nelle normali condizioni avviene al ginocchio allorchè si batte il tendine patellare, movimento che è assente in più casi di atassia locomotrice « patellar-tendon reflex » di Erb e fenomeno del ginocchio (Knee phenomenon) di Westphal e 2.° sul movimento che avviene al collo del piede in certe forme di malattia del midollo spinale (probabilmente della sclerosi laterale) quando il muscolo estensore e il tendine sono istantaneamente messi in estensione « Achilles-tendon reflex » di Erb e « fenomeno del piede » (foot phenomenon, di Westphal.

Per accertare quali siano le variazioni che nelle normali ed anormali condizioni presentano questi fenomeni l'Autore esaminò 300 soggetti dell'Ospitale Nazionale dei paralitici ed epilettici, e dei quali 150 soffrivano di uno stato paralitico delle estremità inferiori non ben deciso, alcuni in perfetta salute, ma la maggior parte offesi da epilessia. A percuotere onde ottenere il fenomeno si impiegò la mano. In questi 300 casi il movimento mancava intieramente in entrambi i lati 17 volte. Quattro di questi 17 pativano da atassia locomotrice, un quinto aveva l'atrofia del nervo ottico e l'atassia era sospettata, gli altri erano sotto cura, per debolezza paraplegica dell'estremità senza presentare alcun indizio di atassia.

In questi esami fu pure tenuto nota dell'estensione del movimento stesso.

Fu molto discusso se la contrazione è, come sostiene Erb, una vera azione riflessa spinale o se è un semplice effetto del colpo sul tendine sopra le fibre del muscolo, il quale produce una istantanea contrazione come prima sosteneva Westphal. Che essa sia una azione reflessa lo proverebbero gli esperimenti sugli animali, allorchè si recide il nervo crurale anteriore. La maggior prova sarebbe portata dal fatto che generalmente il fenomeno manca nell'atassia locomotrice nella quale il

midollo è ammalato, ma nella quale lo stato dei nervi motori e muscoli è perfettamente normale. Uno studio grafico di questo movimento dall'Autore riferito sarebbe in accordo colla teoria del suo carattere riflesso.

Appartenendo il fenomeno visibile a quelli di riflessi spinali, è necessaria per la sua produzione l'integrità della via di comunicazione del midollo spinale; un'alterazione delle fibre sensorie, delle fibre motrici o della sostanza grigia ne può impedire la produzione.

Secondo l'Autore, i fatti sarebbero in perfetto accordo colle seguenti conclusioni:

1.° Il fenomeno è mancante in molti casi di atassia locomotiva nei quali la regione del midollo ammalato è la porzione esterna delle colonne posteriori;

2.° L'alterazione alla radice del nervo motore, deve di necessità impedire l'azione riflessa;

3.° La produzione del fenomeno riflesso è assolutamente impedita, allorchè la lesione comprende quella parte della corna grigia interiore del midollo dalla quale dipende il quadricipite estensore.

Circa alla persistenza di questo fenomeno riflesso in alcuni casi di atassia locomotrice, secondo l'Autore sarebbe essa accompagnata dalla mancanza di sintomi che indicano una lesione della radice del nervo posteriore.

Per ottenere il « fenomeno del piede » è necessario di fare una istantanea flessione dorsale del piede e dell'articolazione del ginocchio come per tendere il tendine d'Achille, succede allora una breve contrazione dei gastronemi sufficiente a spingere il piede alquanto nella estensione. Questo fatto, con alcune altre modalità, occorre sovente in quelle malattie spinali, di sclerosi delle colonne bianche laterali sia primariamente o consecutiva alla malattia della parte superiore od a lesioni cerebrali.

Frequente nell'emiplegia e paraplegia, l'Autore institui anche circa questo spasmo clonico una serie di osservazioni che dettagliatamente sono narrate. Pure due teorie sono state proposte circa la natura di questo fenomeno, analoghe a quelle dette per quello del ginocchio; alle quali se ne potrebbe aggiungere una terza, e cioè, che il fenomeno sia realmente riflesso, ma che lo stimolo ha origine, non nel tendine ma nel muscolo, per l'irritazione dei nervi afferenti per la repentina tensione delle fibre muscolari. Di quì ne vengono due punti da considerarsi, se cioè lo spasmo sia prodotto da uno stimolo del tendine o del muscolo, o se questo è l'effetto diretto e riflesso, a dilucidare i quali sono dirette le esperienze e le argomentazioni dall'Autore prodotte. La teoria del riflesso spinale in questo caso sarebbe secondo l'Autore, insostenibile come quella della stimolazione del tendine, mentre ne verrebbe necessaria conclusione che le contrazioni cloniche sono il risultato, non di riflesso ma di stimolo diretto del muscolo per la repentina tensione o vibrazione.

On ophthalmoplegia externa or symmetrical immobility (partial) of te eyes, with Ptosis. (*Sulla oftalmoplegia esterna, o sulla immobilità simmetrica (parziale) dell'occhio con ptosi*); di Jonathan Hutchinson, pag. 307.

Questi casi sono caratterizzati da uno speciale gruppo di sintomi. Un abbassamento delle palpebre tale da dare alla faccia una espressione *mezza assonnata* è generalmente uno dei primi sintomi, e già accompagnato da una debolezza dei muscoli estrinseci dell'occhio, così che i suoi movimenti sono ristretti e anche aboliti. La condizione è generalmente bilaterale, benchè non sempre nello istesso grado. La loro simmetria dinota probabilmente che l'origine è centrale, ed i muscoli sarebbero presi in gruppi e non singolarmente.

La paralisi non simmetrica di un solo muscolo oculare è comune, specialmente per sifilide e atassia locomotrice, ma questi casi, per il fatto della assimetria, pel pronto compimento della paralisi e per la facilità della guarigione, devono essere distinti da quelli descritti.

In questi casi probabilmente la lesione è centrale; lento il progresso e spesso difficile la guarigione.

L'Autore già propose il nome di « oftalmoplegia interna » (1) per quei casi che si suppone dipendano da malattia del ganglio lenticolare e nei quali i muscoli interni dell'occhio (l'iride e muscoli ciliari) sono insieme paralizzati. Ora a distinguere questa forma dall'attuale, vorrebbe impiegato il nome di « oftalmoplegia esterna » quando i muscoli esterni dell'occhio sono diminuiti di energia, ammettendo pure che questi due fatti possono trovarsi riuniti.

Quindici casi clinici vengono esposti, e per quanto i fatti siano troppo pochi per permettere una analisi statistica, danno però materiale abbastanza per un sommario utile per la pratica. Di essi quattro soli erano donne, e due di esse giovane fanciulle. Uno dei maschi era un ragazzo, i rimanenti adulti. In otto sembrò certa la causa sifilitica in sei acquisita, in due ereditaria, negli altri sette questa causa era sospetta in alcuni. In cinque esenti da sifilide i nervi ottici erano affetti e per atrofia avvenne la cecità. Alcuni dettagli circa agli stadii di questa malattia sono incompleti, ma si può dire che l'oftalmoplegia esterna è una parte della malattia generale conosciuta come atassia locomotrice progressiva, specialmente quando questa malattia è dovuta alla sifilide. Col trattamento in nessuno si ottenne la guarigione completa.

Narrative of a case of true leprosi in which complete recovery has taken place. (*Storia di un caso di vera lebbra con perfetta guarigione*); di Jonathan Hutchinson, pag. 331.

Trattasi di un caso di lebbra intensa e ben caratteristica di forma mi-

(1) « Annali Univ. di Med. (Parte Rivista) » dicembre 1879.

sta tubercolosa ed anestesica che durò per 26 anni. La ricuperata salute fu perfetta, e benchè la paralisi ulnare destra, la tinta oscura della pelle e la perdita della sensibilità in varie parti, segnino le conseguenze della malattia, pure non vi è stato per alquanti anni alcuna tendenza alla riproduzione. La malattia fu acquistata per l'immigrazione in una località dominata dalla lebbra senza alcuna proclività ad essa per eredità, e la guarigione avvenne dopo un permanente ritorno in Inghilterra. L'inferma, durante la di lei lontananza non si era esposta a nessuna fatica, e parrebbe l'affezione dovuta alla dieta, e probabilmente in special modo al nutrirsi di pesci.

La guarigione dell'avvanzata lebbra è poco frequente, ed occorre solamente sotto le condizioni, come nel caso presente, di completo permanente cambiamento di residenza, e l'astensione assoluta dell'uso di pesci quale primo ed essenziale trattamento.

On the diagnosis and treatment of ruptured bladder. (*Sulla diagnosi e trattamento della rottura della vescica*): di Chr. Heath, pag. 335.

Da un caso di rottura della vescica nella cavità peritoneale nel quale aperto l'addome si applicò la cucitura alla vescica con esito fatale, l'Autore prende le mosse per alcuni dati su questo tema di chirurgia.

Mostra primieramente come in questi casi i sintomi non siano così manifesti come risultano dalle classiche descrizioni degli autori, potendo l'accidente senza che alcun fenomeno addominale speciale l'abbia ad indicare prima delle ultime ore di vita. Come appunto accadde all'Autore, il cui paziente, il quale aveva ricevuto un forte urto all'addome, fu per un intiero giorno sotto la cura medica senza che la rottura del viscere fosse stata sospettata. Le ragioni per le quali l'Autore diagnosticò la perforazione della vescica furono: 1.° l'apparenza pallida e sofferente della faccia indicante una seria lesione viscerale; 2.° la distensione dell'addome; 3.° il fatto che una piccola quantità di orina chiara fu emessa pel catetere immediatamente appena in vescica, e di un liquido sanguinolento alla introduzione ulteriore, presumibilmente cioè dalla cavità peritoneale; 4.° che l'acqua calda injettata pel catetere era distintamente sentita dal paziente nell'inguine ed addome. Il passaggio del liquido dalla cavità peritoneale era più apparente quando il paziente respirava liberamente sotto l'azione dell'etere, rendendosi il getto intermittente a seconda dei moti respiratorii.

L'atto operativo si ridusse ad un'incisione nella linea mediana di due pollici di lunghezza al di sopra del pube. Aperta la cavità peritoneale si svuotò una gran quantità di coaguli sanguigni. Riconosciuto mediante un dito introdotto nella cavità peritoneale, una lunga fessura lungo la parete posteriore della vescica, venne stirata e cucita mediante catgut ben legati alle due estremità. Ripulita la cavità peritoneale ed introdotto un tubo da drenaggio ed un catetere in vescica per l'uretra, si fece la sutura superficiale.

Dopo aver presentato qualche lieve benessere l'ammalato morì in quarta giornata dall'operazione, avendo per tutto questo tempo emesse le orine normali e libere da sangue, segno evidente della perfetta chiusura della vescica; come infatti venne constatata all'autopsia.

Reca sorpresa la grande quantità di sangue effuso nel peritoneo per la rottura di un organo non molto vascolarizzato qual'è la vescica.

L'Autore riferisce e fa delle considerazioni sopra altri casi di rottura della vescica, alcuni dei quali con guarigione, sia trattate col cateterismo della vescica e del peritoneo, e colla incisione addominale] per evacuare l'orina, o mediante la litotomia laterale.

Avendo esperimentato quanta difficoltà si incontri per fare la cucitura della vescica, l'Autore non può raccomandare tale processo se non quando il chirurgo fosse chiamato immediatamente dopo l'accidente, essendo miglior partito lo svuotare e levare la cavità peritoneale, riservando la litotomia a quei casi nei quali il catetere non possa essere introdotto per l'uretra in vescica.

Remarks ou one hundred and fifty operations for extraction of catarat. (*Nota sopra 150 operazioni d'estrazione di cataratta*); di CHARLES HIGGENS, pag. 347.

Le operazioni vennero praticate su 130 individui, dei quali 79 uomini e 59 donne. Nelle tavole aggiunte i risultati sono compresi in tre capi: successo completo 76,6 per cento, parziale 16 0[0 mancato 7-3 0;0. Così che 92-6 0[0 dei pazienti trovarono sollievo dell'operazione.

I metodi dell' estrazione furono tre; piccola sezione in alto o all'inbasso, con iridectomia 104; sezione lineare superiore, inferiore con iridectomia 25; sezione corneale obliqua inferiore senza iridectomia, 21. In sei casi occorse una trazione istrumentale con cucchiaj, uncini acuti per rimuovere la lente. In cinque vi fu perdita del vitreo. Le operazioni secondarie, iridectomia o lacerazione della capsula opacata 19,3 0[0, l'irite 16 0[0. L'anestesia si adattò in 128 casi, negli altri l'operazione si eseguì senza.

Il numero dei casi è troppo piccolo per fare un confronto tra i diversi metodi di operazione, ma l'Autore crede, secondo le sue impressioni, che l'estrazione per piccola sezione con iridectomia sia quella che meglio corrisponda nella maggioranza dei casi, così come la maggior semplicità nel trattamento consecutivo nei casi di estrazione.

A case of secondary trephining for traumatic abscess of the brain. Recovery. (*Caso di trapanazione secondaria per un ascesso del cervello. Guarigione*); WHITAKER HULKE, pag. 396.

Trattasi di un ragazzo di 15 anni d'età, il quale pativa cadendo una ferita lacero-contusa alla fronte; pochi momenti dopo l'accidente riprese i sensi, e continuò il suo lavoro durante tutto un mese, benchè si lamentasse di un dolore più o meno costante alla fronte, e di ma-

lessere da obbligarlo a letto. Un mese dopo l'accidente gli incominciò la nausea, indi vomito, ecc., sintomi di una affezione intracranica, infine incompleta emiplegia dal lato sinistro. Fu diagnosticato un ascesso del lobo frontale sinistro del cervello, e si passò alla trapanazione per dar esito al pus. Levata la calantica e il periostio si osservò una fessura stellata nella sola lamina esterna dell' osso. Si levò un disco osseo di $^7/_{16}$ pollice di diametro. Essendo la raccolta profonda si punse dapprima con un finissimo trequarti le membrane ed il cervello, conosciuto l'ascesso venne dato esito alla raccolta mediante apertura praticata sulla guida del trequarti. Gli effetti immediati dell' operazione furono la scomparsa dell'emiplegia, del vomito e del dolore alla fronte e in poco tempo l'ammalato guarì. In seguito presentò segni di neuroretinite; e qualche accesso epilettico, che poscia scomparvero restando l'infermo vigoroso e di buona facoltà visiva.

In questo caso fu l'emiplegia il sintomo che decise per la trapanazione, indicando la presenza di un ascesso cerebrale, poichè contrariamente all'opinione da alcuni emessa che l'emiplegia, quando è separata da un gran intervallo di tempo dalla data della ferita non si possa riguardare come immediato e diretto risultato di lesione cerebrale, ma di aracnoidite, l'Autore pensa che in queste condizioni l'emiplegia indichi un processo morboso del cervello stesso piuttosto che delle sue membrane, e quando l'infiammazione di esse occorre, essa è secondaria e di una subordinata importanza.

Cases of perforating ulcer of the Foot, with remarks and an Appendix on the litterature of the subjcte. (*Casi di ulcera perforante del piede, con appendice sulla sua letteratura*); di William Savory e Henry Butlin — pag. 373.

L'opinione espressa dagli Autori dopo le osservazioni fatte sui casi a loro occorsi sulla natura di questa malattia è che la cosidetta ulcera (nome che non sempre corrisponde alla lesione, poichè spesse volte questa assume l' aspetto di un piccolo seno fistoloso coperto da vegetanti granulazioni), sarebbe il risultato di una pressione, di una violenza o ferita ai tessuti, la nutrizione dei quali è diminuita, o la di cui vitalità è deficiente per malattia o degenerazione dei nervi nutritivi. A prova di questa teoria chiamano il fatto che furono sempre trovate alterazioni nei nervi all'intorno della parte lesa; che i sintomi di una lesione nervosa in alcuni casi comparvero più o meno considerevoli prima dell'apparire dell'ulcera, e che un'ulcera precisamente identica per caratteri e natura è stata frequentemente descritta in relazione con malattie nervose come l' atasia locomotrice, leprosi anestetica e nelle estremità che sono state per lungo tempo paralitiche per malattia o per pressione del midollo spinale.

La natura e l' estensione di queste alterazioni nervose variano a seconda dei casi. In alcuni l'endonevrio è più inspessito, e la degenerazione

od obliterazione delle fibrille nervee è più manifesta nei nervi vicini all'ulcera, mentre gli stessi nervi in punti più lontani sono liberi dalla malattia. In altri i nervi sono anormali per lungo tratto non tanto per l'ingrossamento dell' endonervio quanto per una assoluta mancanza di un gran numero di fibrille.

I sintomi di lesione nervea in tutti i casi corrispondono ad affezione di sensibilità e nutrizione, raramente a quelli di moto, e mai a questi ultimi senza i primi, ciò che indica che i nervi sensitivi, nutritivi o vaso-motori sono alterati, e i nervi motori generalmente sani.

La causa che produce l'ipertrofia dell'endonervio probabilmente sono numerose, non secondo l'ateroma delle arterie, relazione da alcuni supposta.

A questa nota fa seguito un'appendice sulla letteratura del soggetto, e alcune tavole riproducono le alterazioni ritrovate nei tessuti componenti i nervi affetti.

On deligation, for aortic aneurism, of the right carotid and subclavian arteries with a new species of ligature. (*Sull'allacciatura della carotide destra e subclavia per aneurisma dell' aorta, con una nuova specie di legatura*); di Richard Barwell — pag. 393.

I punti più importanti di questo caso sono due: l'operazione scelta, e la specie della legatura usata. L' allacciatura della carotide e della subclavia (1), sostenuta da ragioni e considerazioni teoriche e pratiche sulle quali l' Autore molto si estende. Per la legatura si servì della tonaca media di un' aorta di bue preparata e ritorta ad uso di corda, ottenendo una legatura forte, elastica e resistente.

Questi risultati e studj danno una precisa indicaziene per l' allacciatura di uno o più vasi nell'aneurisma aortico, allorchè però venga stabilita una precisa diagnosi.

On the pathology of Lupus with special reference to the appearances descrited as giant cells. (*Sulla patologia del lupus con special riguardo a quelle forme descritte come cellule giganti*); di George Thin — pag. 407.

Un'accurato esame su questo soggetto permette all'Autore di concludere che le cellule giganti del lupus non sono forme organiche indipendenti, ma che, al contrario, le pareti di queste cosidette cellule sono le alterate tonache degli affetti vasi sanguigni, che ciò che si descrive come protoplasma è prodotto dalla disintegrazione dei corpuscoli rossi del sangue, che i nuclei sulla periferia sono nuclei delle pareti vascolari e che i nuclei del centro, quando essi sono presenti, sono i nuclei dei corpuscoli bianchi del sangue.

---

(1) Vedi l'articolo precedente N. 6 dello stesso Autore.

Tumour in the bladder removed by perineal incision. Complete recovery. (*Tumore della vescica rimosso mediante incisione perineale*); di MURRAY HUMPHRY — pag. 421.

W. N., d'anni 21, di buona costituzione generale, nel settembre 1877 incominciò ad avere fenomeni di cistite; il bisogno frequente di mingere era accompagnato talora da un arresto istantaneo del getto urinoso accompagnato pure da gemizio di sangue. Il cateterismo non era possibile, poichè imped.to da un ammasso solido che posteriormente al pube scendeva al retto. Il taglio della vescica fu fatto per accertarsi della natura e situazione del tumore e per dare un'uscita libera al contenuto qualora la malattia fosse puramente inflammatoria ed esulcerativa. Qualora poi si fosse trattato di vero tumore, scopo dell'operazione era il tentativo dell'esportazione.

Fatta la litotomia nell'ottobre, si ottenne mediante le pinzette e le dita a modo di uncino di levare il tumore ch'era fornito di peduncolo e di natura fibro-sarcomatosa. L'ammalato sortì guarito nel susseguente gennaio.

L'Autore prende argomento da questo caso per ricordare i tentativi fatti su questo pıoposito e gli esiti ottenuti da Billroth, ecc., ed i caratteri che assumono tali tumori della vescica, quali i tumori villosi e papillomatosi, fibrosi, ed infine quelli maligni, carcinomatosi. Di questi i fibrosi essendo solitari, poliposi e limitati al tessuto sottomucoso, sono i più favorevoli per l'operazione; non così i tumori villosi ed i papillomi, poichè questi interessano sempre una larga superficie della vescica e sono multipli, e quindi al pari dei cancerosi presentano molte difficoltà ad essere rimossi. La diagnosi differenziale di queste produzioni è sempre difficile e quasi impossibile senza l'esplorazione digitale, metodo che aspetta maggior riconferma, e che del resto trova un valido favore nel successo che si ottiene colla dilatazione dell'uretra femminile in casi di inflammazioni croniche della vescica, e tale da autorizzare un simile metodo nell'uomo nei casi di lunga, seria e dubbiosa malattia della vescica orinaria.

The moviments of the eyelids. (*Il movimento delle palpebre*); di W. R. GOWERS — pag. 429.

Tema dello studio è il movimento delle palpebre ed il meccanismo pel quale questo si effettua. Per meglio comprendere alcuni fatti l'Autore si estende dapprima su circostanze fisiologiche note. Così fa considerazioni sull'estensione alla quale è esposto il bulbo, e che varia a seconda della larghezza della fessura delle palpebre, della prominenza del bulbo, e per la posizione della palpebra superiore. Tale estensione è mantenuta approssimativamente nei movimenti inferiori e superiori dei bulbi, eccettuato nei gradi estremi di esso. La palpebra superiore può essere rialzata ed abbassata volontariamente; non così la inferiore, mentre passando per tutte le gradazioni, possono entrambe portarsi a

contatto e anche comprimersi insieme. Ora l'Autore studia i meccanismi pei quali questi movimenti sono effettuati, considerando partitamente l'azione dell'elevatore delle palpebre e dell'orbicolare, i quali non hanno importanza nell'abbassamento della palpebra inferiore. Per questa potrebbero avere azione i movimenti del bulbo, oppure la continuità della congiuntiva, che secondo l'Autore non sarebbero sufficienti. Più importante è la posizione relativa della superficie del bulbo per le curve diverse della cornea e della sclerotica, che nel loro tratto d'unione formano il solco corneo-sclerotico. Il margine del tarzo si adagia in questo solco, e questa pressione basterebbe a muovere all'inbasso la palpebra superiore ed all'insu la palpebra inferiore con il bulbo.

Secondo l'Autore, l'influenza dell'elasticità della cartilagine del tarso e del tono dell'orbicolare, nel mantenere le palpebre in contatto col sfero oculare, sarebbe mostrata dal fatto che esse sono per una grande estensione modellate sul bulbo, così che il punto più largo di separazione delle palpebre corrisponde al mezzo della cornea, e se la posizione di quest'ultima è cangiata, p. es., nella paralisi del retto esterno la parte interna della fessura palpebrale diventa la più larga, fatto che benchè in minima proporzione accompagna in taluni individui il movimento laterale dell'occhio nelle condizioni normali.

Il movimento della palpebra inferiore verrebbe attivato in grado leggero e medio dall'orbicolare delle palpebre, nei casi di forte pressione e chiusura dalle fibre extra-palpebrali, le quali spingono il tessuto circostante aumentando il grado e la forza della sua elevazione. In tal modo l'Autore enumera i movimenti singoli delle palpebra, l'azione dei muscoli e le cause per le quali la palpebra inferiore segue i movimenti del bulbo oculare.

La palpebra superiore all'incontro possiede un maggior numero di movimenti ed un più completo meccanismo, essendo un muscolo speciale necessario per l'importanza dei movimenti e pel grado di influenza di gravità alla quale la palpebra è soggetta, e per la quale la discesa è facilitata. Essa è mantenuta nella sua posizione elevata per la tonica azione di due muscoli, l'elevatore e l'orbicolare, la prominenza corneale non essendo sufficiente a prevenirne l'abbassamento. Nei vari gradi di chiusura della palpebra superiore è l'orbicolare che è in azione, l'innalzamento devesi alla contrazione dell'elevatore, spesso associato con quelle del frontale. La palpebra superiore segue i movimenti del bulbo più davvicino che non la palpebra inferiore, essendo più immediata la sovraposizione su di esso. E su questi particolari l'Autore fa delle considerazioni, portando i fatti patologici a sostegno delle teorie enunciate, studiando le singole azioni isolatamente, la loro relazione ed associazione, le quali potrebbero esser formulate così:

	Guardando all'imbasso	Chiudendo le palpebre	
		modicamente	forzatamente
Orbicolare	nessuna azione	contrazione	contrazione
Elevatore	rilasciamento	rilasciamento	rilasciamento
Retto superiore	rilasciamento	inazione	contrazione
Retto inferiore	contrazione	inazione	rilasciamento

Tutti questi meccanismi sono consecutivamente dall'Autore studiati adducendo considerazioni fisiologiche e prove patologiche.

Observations on the ophtalmoscopic appearance in the tubercolar meningitis of children. (*Osservazioni sullo stato oftalmoscopico nella meningite tubercolare nei bambini*); di George Garlick — pag. 443.

Le osservazioni si instituirono sopra 26 bambini, tenendo calcolo delle alterazioni ottiche e dei sintomi coincidenti coi risultati necroscopici del cervello e sue membrane. Tutti questi dati l'Autore riuniva in una tavola che accompagna la nota.

Nei casi di meningite tubercolare occorre frequentemente trovare lesione del fondo dell'occhio, forse l'80 p. 100, ed in molti esse ajutano a materialmente riconoscere la malattia.

Le alterazioni trovate si possono ridurre in:

1.° Iperemia della papilla, generalmente transitoria più distinta in sul principio al lato interno; velatura del margine particolarmente dovuta all'uguaglianza del colore del disco e della coroidea; una sproporzione tra le vene e le arterie quasi come da 1|2 a 1, le vene turgide.

2.° Diminuzione del rossore, scomparsa dei margini, legger gonfiore, più verso il margine della papilla, aumentata sproporzione tra le vene e le arterie.

Per dar valore a queste alterazioni, l'Autore fa alcune considerazioni sulle possibili variazioni che il fondo dell'occhio può presentare allo stato normale, ed indica alcuni dati, fra i quali l'assenza della tumidezza delle papille, per distinguere lo stato patologico dal fisiologico.

Le alterazioni del fondo dell'occhio troverebbero la loro spiegazione nell'impedito ritorno venoso e nella diffusione del processo inflammatorio delle membrane pel nervo per la commissura ottica. Le condizioni poco decise della papilla corrisponderebbero in quei casi ove non predomina nè lo stato inflammatorio nè l'impedito reflusso.

La pressione intracranica e quindi l'ostacolo del circolo sarebbe, secondo l'Autore, con evidenza dimostrata allorquando le suture non corrispondono, dalla:

1.° Manifesta diminuzione del lume del seno longitudinale superiore.

2.° Dallo svotamento delle vene della convessità del cervello.

3.° Dal pallore della sostanza cerebrale stessa.

4.° Dallo stato anemico dei plessi coroidei nei casi di grande effusione interventricolare.

5.° Dall'aspetto tortuoso delle vene sotto il pericranio lungo la sutura coronale.

6.° Dall'occasionale ingorgo delle vene cutanee all'angolo interno ed esterno dell'orbita. Dott. Gio. Mori.

RIVISTA DI DERMATOLOGIA

del dott. CARLO PADOVA.

Primo Ferrari — *Studj di dermatomicologia.*
Primo Ferrari — *Della pachidermia.*
Primo Ferrari — *La lebbra in Sicilia.*
Carlo Forlanini — *Studj sull'anatomia patologica e la natura del kerion.*
Pietro Gamberini — *Eritema polimorfo essudativo di Hebra.*
Dessois — *Della lingua nera.*
Vittorio Colomiatti — *Le alterazioni dei nervi del derma nell'eczema.*
V. Tanturri — *Due casi di sclerema degli adulti.*
Besnier — *Osservazioni per servire alla storia delle dermatosclerosi.*
G. Marcacci — *Di un raro esempio di fibroma-mollusco.*
V. Tanturri — *Un caso di dermatosi venosa generale ed idiopatica.*
F. Meola — *Un caso di lupus della faccia.*
C. Pelizzari — *Di alcune eruzioni cutanee dovute all'azione del joduro di potassio.*
G. Marcacci — *Nota clinica ed anatomo-patologica sopra un caso di elefantiasi venosa.*
Carre — *Contribuzione allo studio dello xantoma.*
Laveran — *Contribuzione allo studio del bottone di Biskra.*
A. R. Robinson — *Sulla natura ed istologia patologica della psoriasi.*
Tichomirow — *La cura della psoriasi volgare colle injezioni sotto-cutanee di acido arsenioso.*
Charassè — *Cura della psoriasi coll'acido pirogallico.*
Arragow — *Cura topica della psoriasi per mezzo dell'acido pirogallico.*
P. H. Bruyère — *Ricerche cliniche sull'impiego dell'acido pirogallico nella cura di alcune affezioni della pelle.*

Douvergne — *Sapone contro l'acne rosacea.*

Neumann — *Sulla istologia della psoriasi.*

De Amicis — *Dell'uso dell' acido crisofanico nella cura della psoriasi e della tigna favosa.*

Bufalini — *Sull'uso terapeutico dell'acido picrico nell'eczema.*

Allan Jamieson — *L'istologia del psoriasi.*

Roux — *Contribuzione allo studio dell'erpete traumatico.*

David — *Erpete traumatico di origine dentaria.*

Scarenzio — *Dell' azione irritante dell' acido crisofanico, e del modo onde prevenire la diffusione alle parti sane.*

W. Smith — *Qualche esempio dell'impiego dell'acido crisofanico nelle malattie cutanee.*

Dodrè — *Della cura dell'eczema e specialmente della cura locale colla tela di caoutchouc, paragonata col metodo di Hebra.*

Rigaut — *Delle proprietà anestetiche dell' acido fenico nelle affezioni pruriginose della pelle.*

E. Lang — *Comunicazione preliminare di un nuovo risultato di ricerche intorno alla psoriasi.*

Kaposi — *Sulla combinazione del lupus e del carcinoma.*

Wyss — *Lebbra tubercolare.*

Lawrie — *Lebbra anestetica trattata colla estensione dei nervi.*

Moncorvo e Da Sylva Aranyo — *Sulla cura dell'elefantiasi degli Arabi mediante l' impiego simultaneo delle correnti continue ed intermittenti.*

Jarisch — *Un caso di tubercolosi della pelle clinicamente esaminato.*

Petri — *Un caso di cancrena simmetrica.*

Van Harlingen — *Un caso di scrofuloderma ulcerativo.*

Ritter — *Dermatite esfogliativa dei neonati.*

E. Vidal — *Dell'orticaria.*

Morrow — *Osservazione di orticaria pigmentata.*

Heinlein — *L' orticaria in seguito all'uso del salicilato di soda.*

Schwimmer — *Cura dell'orticaria col solfato d'atropina.*

Buchanan Baxter — *Operazioni sulla dermatite esfogliativa generalizzata.*

Nevius Hyde — *Caso di mollusco verrucoso presentante alcune particolarità poco comuni.*

Fabre — *Delle manifestazioni cutanee del linfadenismo a proposito di un caso di micosi fungoide.*

Colcott Fox — *Sopra un caso di xantelasma multiplo.*

Besnier — *Un caso di degenerazione colloide del derma.*

Renaut — *Anatomia patologica dell'acne varioliforme.*

Iniguez — *Mollusco pendulo generalizzato.*

Casarini — *Sulla porrigine decalvante. — Il percloruro di ferro in alcune malattie cutanee.*

Galliard — *Un caso di tigna generalizzata.*

Ellinger — *Sulla eziologia e profilassi dell'alopecia prematura.*
Gowers — *Dell'alopecia generale ne'suoi rapporti coll'epilessia.*
Ticherst — *Osservazioni sull'alopecia areata.*
Tillmans — *Ricerche sperimentali ed anatomiche sulla risipola.*
B. Squire — *Perfezionamento della cura delle macchie vinose col mezzo della scarificazione lineare.*
Campana — *Di alcuni mezzi terapeutici in dermatologia.*
Chiamenti — *Rapida guarigione di un caso di psoriasi, ottenuta per mezzo di forte dose di preparato arsenicale, senza fenomeni di intossicazione.*
Vidal — *Della cura del lupus colle scarificazioni lineari.*
Simon — *Trattamento delle dermatosi nei bambini.*
Neumann — *Eczema del cuojo capelluto e del naso.*
Carabelli — *L'oleato di zinco nella cura dell'eczema.*

Studi di dermatomicologia; del dott. PRIMO FERRARI. (Memoria letta all'Accademia Gioenia di Catania nella seduta del 23 novembre 1879).

La Memoria sulla dermatomicologia del prof. Ferrari è lavoro pregevole per chiarezza e precisione.

L'Autore si propone di risolvere:

1.° Quante sono le vere specie di tigna dell'involucro cutaneo;

2.° Quale essere deve la vera loro distinzione clinica;

3.° Se è un solo fungo che genera tutte le specie di tigna. ovvero se ogni forma di esse è devoluta ad un'unico e speciale micoderma.

A questi tre quesiti risponde:

1.° Che tre sole specie di tigna si devono ammettere nella pelle cioè il *favo*; la *tricofite* e la *pitiriasi versicolore*;

2.° Che le suddette specie di dermatomicosi devono distinguersi in:

a) FAVO originato dal fungo *Achorion Schönlein.*

b) TRICOFITE originata dal fungo *Trychophyton tonsurans* che si manifesta sotto la forma clinica di *Tricofite, Tricomycosi, Kerion Celsi.*

c) PITIRIASI VERSICOLORE originata dal fungo *Microsporon furfur.*

3.° Al terzo quesito risponde che le tre suddette specie di tigna sono ciascuna rappresentate da un speciale fungo.

Dopo queste dichiarazioni nell'introduzione allo studio della dermatomicologia, l'Autore descrive i caratteri generali dei funghi, e trova cosa migliore che le malattie da esse dipendenti vengano chiamate *mycosi* invece di *phytosi.*

Nel capitolo 1.° tratta dalla parte generale: La tigna in generale, e ne fa la storia dettagliata incominciando dalle prime nozioni trovate nelle più antiche opere fino ai dì nostri. Indi parla dell'etimologia e distinzione clinica; riferisce le numerose classificazioni fatte di que-

sta malattia, dichiarando da parte sua di ammettere le tre specie di tigne surricordate.

Nella parte eziologica studia le predisposizioni e la causa determinante od i parasiti. L'età, la costituzione possono influire sulla modalità e gravità delle forme se non nell'attitudine al contagio; così le abitazioni. Il contagio può effettuarsi per l'atmosfera, per contatto mediato e per inoculazione, e questi ultimi sono, i modi più sicuri. Può anche trasmettersi fra gli animali, e l'Autore cita un esempio di due gatti che contrassero di tigna perchè abitanti nel servizio dei tignosi. Porta le testimonianze di altri in proposito, da cui risulta la trasmissione del parasito dai gatti all'uomo, dai topi ai gatti e direttamente all'uomo, dai cani, e forse anche dai galli. Studia in seguito l'inoculazione della tigna, che può farsi da un'animale all'altro, dall'animale all'uomo, dall'uomo all'animale, e dall'uomo all'uomo. In questo argomento si addentra nella quistione sugli elementi dei funghi principalmente studiata da Gigard e ne conchiude: 1.° che l'achorion non appartiene come specie nè al genere penicillum, nè all'aspergillus, nè al mucor racemosus; 2.° che nell'uomo e negli animali è il solo fungo capace di generarvi la tigna favosa; 3.° che il *tricofite* produce sempre la tigna tonsurante, come il *microsporum furfur* la pitiriasis.

Data la trama generale nel Capitolo 2.°, parla della tigna in particolare, discutendone tutti i punti controversi, esponendo le varie opinioni su quanto le riguarda, tanto dal lato eziologico, microscopico, anatomopatologico, sintomatico, curativo, ecc., di modo che ne risulta una monografia utile non solo agli specialisti, ma ad ogni medico pratico.

In un'appendice tratta dell'eczema marginato e della psoriasi, ritenendo il primo di natura parasitaria ed una varietà della forma clinica del tricofite tonsurante, mentre per la seconda la natura parasitaria è ancora un dubbio.

La lebbra in Sicilia; del dott. Primo Ferrari. (Catania, 1879).

Dalla monografia del prof. Ferrari si può per sommi capi desumere; che questa malattia di origine antichissima, in Sicilia data probabilmente dall'invasione ebraica, che vi è numerosa avendone raccolte 114 casi il prof. Profeta e 31 l'Autore, per cui formano un insieme di 145 casi. E questa cifra l'Autore crede inferiore ancora al vero, anche perchè tale malattia tende sempre a trasmettersi, e per ora non accenna a cessare.

Malattia endemica in Sicilia, non sembra dipenda da momenti etiologici quali la miseria, il clima, la costituzione medica, le abitudini; però l'Autore la trovò 23 volte sul mare e solo 8 poco lungi. Il momento eziologico più accertato è l'eredità, di cui egli si professa sostenitore assoluto, e lo prova con 4 storie cliniche.

La prima osservazione riguarda una donna proveniente da famiglia

nella quale si conta qualche lebbroso, e che fu sana fino a 25 anni, e in questo tempo ebbe 2 figli sani e che si mantennero sempre tali. Dopo i 25 anni divenne lebbrosa, ed ebbe altri due figli pure lebbrosi.

La seconda concerne una famiglia nella quale il padre è lebbroso, e dei figli sono lebbrosi solamente quelli che lo assomigliano nel colorito cutaneo, mentre sono sani affatto quelli che assomigliano alla madre.

Nella terza si tratta di una donna nata da padre lebbroso, divenuta essa stessa lebbrosa e che ebbe un figlio lebbroso.

Nella quarta, parla di una donna che ebbe due figli in due anni di matrimonio. Negli ultimi mesi dalla seconda gravidanza divenne lebbrosa, e la bambina che ne nacque presentò poco dopo la nascita i segni della lebbra tubercolare.

La patogenesi della lebbra, che è malattia affatto a sè e non una filiazione della sifilide come la vorrebbe Simon, è rara nella prima età, non è spiegabile nè con una discrasia (Danielssen e Böck) nè con una dermatozoonosi (Sandri), ma come un morbo esenzialmente neoplastico, localizzato fin dal principio della vita embrionale, e risiedente nello strato blastodermico esterno, e nella pagina esterna del suo strato medio, i quali danno origine all'epidermide e al derma.

Nello studio della sintomatologia, l'Autore non ammette che due forme di lebbra, la pigmentata e la tubercolare, e riferisce una storia in cui a conferma di quanto altri avevano già menzionato, il malato presentava esaltato l'amor sessuale.

Nell'anatomia patologica dopo aver riferito gli studii dei microscopisti in proposito, dà relazione di quanto gli occorse di trovare in due tubercoli da lui escisi ed esaminati.

Nel diagnostico bisogna distinguere la lebbra dalla pachidermia, dalla sifilide, dal carcinoma multiplo, dal sarcoma melanode, dalla vitiligine, dal lupo, dal mollusco e dall'acne rosacea.

La prognosi ne è gravissima,

La cura che l'Autore crede più opportuna è quella che soddisfa a queste due principalissime indicazioni: impedire il perpetuarsi del male nelle future generazioni, e curare con medicamenti il male presente. E quindi consiglierebbe: 1.° di vietare il matrimonio, se ciò fosse concesso dall'odierna civiltà, fra gente lebbrosa; 3.° di consigliare l'emigrazione assoluta e permanente dei nati da lebbrosi dal paese natio, in luoghi più salubri ed esenti dalla lebbra; 3.° l'uso della dieta buona, della carne, del vino generoso, della ginnastica; 4.° l'uso esterno ed interno del jodoformio, sul qual medicamento non può l'Autore decidersi ancora, alloraquando è amministrato internamente, avendolo fino ad ora usato solo in 4 casi.

Della pachidermia (elefantiasi degli Arabi); del dott. Primo Ferrari. (Catania, 1879).

In una bella monografia sulla pachidermia letta dall'Autore all'Acca-

demia Gioenia di Catania, fa la storia di questa alterazione, riportandovi le opinioni di coloro che fino dai primi tempi fino ai dì nostri se ne occuparono, e parlando della pachidermia scrotale che l'Autore vorrebbe chiamare *orchipachydermia* ne riferisce una storia, in cui l'ammalato era vicino a conseguire la guarigione spontanea.

Tale lesione unilaterale destra era incominciata dopo una puntura patita nello scroto facendo i bagni di mare. Il volume dello scroto divenne in quindici anni delle seguenti proporzioni; 32 centimetri diametro verticale, 73 centim. circonferenza verticale; 61 centim. circonferenza orizzontale inferiore. Era incominciata la malattia con dolore intermittente, e talvolta molestissimo prurito alla parte dove il paziente aveva avuta la puntura.

L'infermo era di anni 50, sano, robusto e senza antecedenti di sorta.

Ad un dato tempo, che l'Autore non ricorda, il punto primitivamente leso colla puntura sunnominata si fece rosso, infiammato e ne susseguì flemmone di tutto il tumore scrotale che terminò colla sua intiera mortificazione. Nel decorso attivo di questo processo vi furono i segni della pioemia.

Venne curato colla posizione elevata dello scroto, dieta ed un purgante, e successa la morficazione si fecero detersioni e medicature fenicate o colla soluzione di potassa caustica, ed internamente solfato di chinino. Con tale medicatura ajutata da dieta corroborante si eliminò il tumore dello scroto, non rimanendo che un tratto di 10 ad 11 centimetri di soluzione di continuità lungo il margine inguino-crurale, di bell'aspetto che indicava prossima la cicatrice.

A questo punto l'Autore dovette perdere di vista l'ammalato per cui non sa dirne nulla di certo sull'esito definitivo.

Studj sulla anatomia patologica e la natura del Kerion (Dubini); del dott. Carlo Forlanini. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, febbrajo 1880).

L'Autore dirigente la sezione per le malattie della pelle dell'Ospedale Maggiore di Milano, ebbe l'opportunità di studiare al microscopio le alterazioni prodotte dal kerion, e dalle sue osservazioni ne trae conclusioni diverse da quelle ammesse da tutti i dermatologi, principalmente sulla natura ed essenza patologica di questa malattia.

Secondo l'Autore, il quale riferisce in questa Memoria, oltre la storia delle ammalate, anche i più minuti dettagli anatomo-patologici, l'essenza del male sarebbe un'iperplasia della guaina cellulare del pelo, seguita da essudazione la quale ne produce la caduta.

Egli pure trovò una volta il *tricophyton*, ora ammesso da tutti come causa del kerion, ma lo rinvenne una volta sola sopra 800 sezioni di capelli, presi in tutte le fasi della malattia.

Praticò pure 17 innesti sul capillizio sano di una ragazza di 8 anni affetta da lupus, e sopra porzioni di cuojo capelluto sano in una am-

malata di kerion. Per questi innesti si servì di pus degli ascessetti, di liquido delle vescicole, di capelli, di squame e crosticine epidermiche tolte dalle chiazze di kerion, ed ebbe in tutti i casi risultato negativo.

Altro argomento, sebbene non di molto peso a provare che la malattia non è sostenuta da un parasito è il fatto cha da otto anni nell'ospedale di Milano i casi di kerion vennero sempre curati nella sala comune dei dermatici senza che avvenisse mai un contagio.

Con tutto ciò egli non nega che nel kerion non si possa trovare anche frequentemente il *tricophyton*, ma questo non vi sta come fattore eziologico esenziale. Infatti il processo del kerion come risulta dalle sue osservazioni microscopiche può percorrere tutte le sue fasi, dalla semplice iperplasia della guaina cellulare fino alla caduta del pelo ed alla distruzione totale per suppurazione del follicolo, senza l'intervento del tricophyton. Di più questo processo ha sede non già nel pelo, dove si annida con predilezione il *tricophyton*, ma nella guaina della radice, lasciando affatto immune il pelo stesso, il quale cade perchè è alterato il tessuto del quale si nutre-

La presenza adunque del *tricophyton* è pel Forlanini affatto accidentale ed estrinseca all'organismo, e può provenire sul cuojo capelluto dall'atmosfera o di altri corpi estranei nel quale sia contenuto, e trovare nell'individuo una disposizione speciale al suo sviluppo, la quale potrebbe essere in questo caso lo stato di malattia già incoata del pelo.

Altri argomenti a sostenere la sua tesi li trae l'Autore dalla diversità del decorso della malattia prodotta dal kerion e dal *tricophyton* lungo in questo e breve relativamente nel primo, e dall'esito della cura. Questa fu nei casi curati dall'Autore esenzialmente di *allontanamento dei prodotti morbosi* e di *riparazione* dagli agenti esterni. In principio diede esito alla marcia col taglio, più tardi impedì con emollienti la formazione delle croste, e coprì con caoutchouc vulcanizzato il cuojo capelluto, senza praticare veruna epilazione, meno quella di quei pochi capelli che gli abbisognarono per l'esame microscopico. E con questo metodo in cui non entrano parassiticidi ottenne la guarigione nel minor tempo possibile.

Non conoscendosi finora la vera causa della malattia, non può farsi una cura con indicazione causale, ma si può favorire col metodo sopra esposto il più pronto decorso della malattia.

Eritema polimorfo essudativo di Hebra. Osservazione clinica e riflessioni del prof. Pietro Gamberini. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, ottobre 1879).

Il prof. Gamberini riferisce con la sua solita chiara concisione la storia di un'ammalata di anni 18, con eritema polimorfo essudativo incominciato ad apparire fino dal primo anno di vita. Al diciottesimo anno, cioè alloraquando l'ammalata si presentava all'Au-

tore ne erano invase le spalle le regioni esterne delle braccia, la forma era di rialzi papillari la maggior parte riuniti strettamente da formare come linee rilevate più o meno lunghe, larghe 3 millimetri circa, in alcuni punti foggiate a semi cerchio, in altri a linee irregolarmente ondulate. Gli archi di cerchio più grandi avevano raggiunto un raggio di un centimetro circa. Alcune di queste linee rilevate erano continue, altre interrotte; tutte di color rosso più o meno vivo scomparivano solo fugacemente alla pressione. Erano coperte da sottili squamette, più strette del rialzo papulare, congiunte fra loro in modo da formare come una linea sul rialzo stesso, e di un colore bianco giallicciο, ed aderenti in certi punti, mentre in altri si staccavano facilmente lasciando la cute sottostante piana e rossa. Nello spazio racchiuso fra questi cerchi la pelle era d'aspetto normale in certi punti, ed in altri si presentava scura o rossastra, specialmente entro le linee rilevate. Notavansi pure alla metà superiore dei due avambracci, alla metà superiore del dorso, alla parte anteriore del collo ed alla fronte poche linee rilevate come le suddescritte, e qua e là macchie più o meno oscure la di cui forma predominante era la tondeggiante.

Coi bagni generali di solfuro di potassa e l'acqua di Levico, e le cure igieniche della clinica, l'ammalata ne usciva guarita, dopo 2 mesi.

L'Autore è inclinato a credere che l'elemento patologico formale dell'eritema moltiforme essudativo dipartisse da esosmosi sierosa dei circuiti vascolari cutanei, causata da un disordine del sistema nerveo vaso-motore. In questa inferma poi, per l'assenza di fenomeni inflammatori concomitanti e precedenti, crede si trattasse di semplice trasudato sieroso.

Nota poi, diversamente dal fatto narrato del Breda, la sollecita prima comparsa dell'eritema, e l'esserne state prese altre parti in fuori delle mani e dei piedi che Hebra vorrebbe località queste prese patognonomicamente.

Della lingua nera; del dott. Dessois. (*Bull. delle scienze med. di Bologna;* e *Il Morgagni*, marzo 1880).

L'Autore ritiene:

1.° Che la colorazione nera con ipertrofia delle papille linguali va sempre accompagnata dalla presenza di un parasito vegetale; il *glossophyton*;

2.° Che tale colorazione devesi appunto al microfito, il quale la comunica alle guaine epiteliali allungate delle papille;

3.° Che la ipertrofia papillare preesistente in un certo grado (onde il parasito può impiantarvisi) è dovuta principalmente alla irritazione nutritiva provocata dalla crittogama.

Ed è perciò che egli la chiama *glossofitia*.

Le alterazioni dei nervi del derma nell'eczema; dol dottor VITTORIO COLOMIATTI. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, giugno 1879).

Il dott. Colomiatti osservando la diuturnità, le recidive facili del decorso dell'eczema, la sua poco [scientifica curabilità], institui ricerche sulle alterazioni dei nervi nel derma in questa malattia, studiandone dapprima i casi cronici e poscia anche gli acuti.

Dalle sue ricerche risulterebbe che nei casi cronici, in tutti ma più estesamente nella forma prevalentemente papulosa e papulo-squammosa, a papule confluenti o no, la lesione dei fasci nervosi è assai grave. Cioè le fibre nervose nella massima parte del derma leso sono ad un estremo grado del così detto processo di degenerazione, quale si ottiene nelle fibre a mielina in seguito, per esempio, del taglio dei nervi.

Anche nei casi d'eczema acuto o sub-acuto non trovò mai sani i tronchi nervosi, per il che è convinto che l'alterazione dei nervi descritta deve essere un fatto molto precoce, la quale potrebbe accompagnare le prime manifestazioni del connettivo della pelle, o seguirle immediatamente con sviluppo progressivo verso le parti profonde.

Negli individui dichiarati guariti interamente o parzialmente vide fasci nervosi più o meno rigenerati nella massima parte delle loro fibre, ma non potè seguirne le diverse progressioni di rigenerazione. In quelle località nelle quali da poco tempo vedeva ricomparire l'affezione cutanea la rigenerazione era limitata a pochi fasci, ed in questi relativamente a poche fibre.

Da questi fatti l'Autore conchiude che oltre ad essere diminuito il valore che si volle dare alle alterazioni nervose nel *male perforante del piede*, si può dire che l'eczema può realmente guarire solo quando si opera nel derma la rigenerazione dei nervi, la quale si fa spontaneamente dopo un ciclo necessario nei casi leggieri, ma che bisognerebbe cercare di ottenere negli altri.

Due casi di Sclerema degli adulti; del dott. TANTURRI. (*Giornale Internaz. delle scienze mediche*, fasc. 2.°, 1879.

Caso 1.° — Uomo di 25 anni, all'età di 8 anni si ammalò per reumatismo muscolare con contrazioni dei muscoli delle estremità, pelle rigida tesa e muscolatura assottigliata, a cui si aggiunsero fenomeni artritici. Dopo 10 giorni gli si manifestò un'antrace al collo suppurato, indi ebbe febbri intermittenti, che dopo qualche tempo guarirono assieme alla forma cutanea. All'età di anni 11, dietro nuova causa reumatizzante ritornò ancora la forma cutanea caratterizzata sul principio da questo che esponendo le mani all'aria fredda divenivano algide, fredde, bianche come marmo e poi prendevano color livido. La sensibilità era abolita, ed erano sensibili i dolori alle articolazioni radiocarpiche. Quando invece immergeva le mani nell'acqua calda, i feno-

mesi scomparivano per ritornare di nuovo. Col tempo la rigidezza divenne permanente agli antibracci.

Il prof. Tanturri lo vide per la prima volta nel presente stato:

L'affezione prendeva gli avambracci, i carpi le mani e le dita. La cute di queste regioni era di un colorito bruno-oscuro, rigida, tesa, liscia, dura, muscoli sottoposti atrofici, assenza di polso alle radiali, non visibili le vene del dorso delle mani. Le dita erano semiflesse a guisa di artigli, la sensibilità termica e dolorifica normale. In corrispondenza dei zigomi, dello sterno e delle injezioni sterno-costali, la pelle era tesa, resistente, aderente all'osso e di un colore più pallido della sana. Del resto la superficie cutanea era normale.

Questo ammalato stette nella Clinica del prof. Tanturri, tre mesi e qualche giorno, e vi venne curato con bagni tiepidi ed a vapore, ed unzioni di olio caldo con vantaggio.

Caso 2.° — Ragazza di anni 12, povera, abitante una casa umida; quattro mesi prima del suo ingresso in clinica si ammalava per difficoltà all'estensione della coscia destra per cui era obbligata a tenerla semiflessa, susseguita dopo 15 giorni dallo stesso fenomeno alla coscia sinistra. In queste regioni la pelle era liscia, rigida, fredda e tumefatta. Alcuni giorni dopo vennero presi anche gli arti superiori e la regione cefalica. Col rapido svilupparsi della malattia si notò la graduale scomparsa della tumefazione della cute, e la formazione sulle parti della pelle maggiormente tese, di ulcerazioni superficiali.

Il prof. Tanturri al di lei arrivo in Clinica notò, nutrizione generale deperita, il suo corpo sembrava preso dalla rigidità cadaverica, impossibile mutare il decubito senza l'ajuto di altri mentre il collo era affatto mobile. La respirazione era addominale, il torace si elevava in massa sotto l'inspirazione. In gran parte immobili le articolazioni, le braccia erano ravvicinate al tronco, gli avambracci flessi sulle braccia, immobili i carpi, le falangi semiflesse come artigli, immobilità degli arti inferiori.

La pelle ne era presa in modo diffuso; essa era tesa, liscia, coriacea, di colore bruno-sporco, adesa ai tessuti sottostanti, quasi mancante il pannicolo adiposo.

Diminuita la sensibilità cutanea e la contrattilità elettro-muscolare.

Dolori alle ossa lunghe, alle articolazioni dei piedi, ginocchi, gomiti, carpi omero-scapolari e vertebrali. Soppresso il sudore fino dal principio della malattia.

In seguito a catarro intestinale cronico l'ammalata dopo due mesi moriva.

In questa malattia, da causa reumatica, l'Autore nota due stadii, il primo di infiltrazione, ed il secondo di sclerosi. Nel primo stadio avviene una circoscritta infiltrazione che invade anche il cellulare sottocutaneo, producendo pigmentazioni di diverso grado sulla pelle. Nel secondo stadio la cute si fa consistente, l'alterazione invade il tessuto unitivo ed elastico e si verifica la retrazione.

Osservazioni per servire alla storia delle dermatosclerosi; del dott. T. Besnier. (*Annali de dermat. et de Syphiligr.*, janvier 1880).

Osservazioni di scleremia.

Osserv. 1.ª — Donna di anni 30, madre di 7 figli morti tutti, meno il primo a 3 mesi per probabile affezione sifilitica. Ebbe a soffrire amigdalite intensa, dopo la quale dietro applicazioni forti di aceto provò per la prima volta tensione e durezza al collo che mano mano si estese al tronco, alle membra e da ultimo alla faccia. La tinta di questa regione si fece terrea, e si aggiunsero dolori al capo notturni, ed all'addome.

La faccia è normale ma l'ammalata prova un imbarazzo nei movimenti volontarii della bocca e degli occhi, ed infatti la consistenza del derma è aumentata principalmente nella metà inferiore.

Alla nuca e collo l'impedimento ai movimenti volontarii è accresciuta, l'induramento è manifesto della cute la quale è di color rossiccio leggiero con macchie acromiche. Lo stesso nelle membra.

Integrità delle mani e dei piedi.

Al torace forte induramento dei pettorali, e leggiero alle mammelle.

Niente alle mucose; voce indebolita e tremula.

Disturbi della sensibilità. — Dolori vivi spontanei all'addome al cuojo capelluto, alla fronte, ma queste parti non presentano disturbi obbiettivo-subjettivi di sensibilità e non offrono alcuna alterazione.

Senza febbre, e funzioni regolari.

La cura col joduro di potassio non migliorò le condizioni dell'ammalata, nè lo fece la cura elettrica.

Osserv. 2.ª — Ragazza di 17 anni, da 7 mesi circa ammalata per dolori, deviazione, ed impedimento funzionale delle membra superiori ed inferiori, preceduta da gonfiezza.

In questa ammalata la scleremia è limitata esclusivamente alle membra alla loro metà inferiore, ma senza arrivare alle dita. In queste regioni le pieghe normali mancano, nè si vedono le rilevatezze vascolari, e le parti si sentono un po' raffreddate e considerevolmente indurite.

Unione assoluta dell'ipodermide coi muscoli, però ad un'esame attento rilevasi un certo grado di mobilità del derma sull'ipodermide al cui livello esiste certamente il massimo di indurimento, e che non conserva alcuna mobilità sulle regioni centrali. Queste lesioni non sono ben limitate nè superiormente, nè inferiormente.

Alle membra inferiori le stesse lesioni. La massima tensione della pelle è alla regione tibiale anteriore, ed anche posteriore.

Oltre le lesioni di sensibilità sopra notate non se ne trovano altre.

Stato morale: mobilità estrema, nervosità, indocilità. Bulimia presentata nel tempo in cui rimase nell'ospedale.

Nessun esito dalla cura intrapresa.

Osservazioni di sclerodermia.

Osserv. 1.ª — Donna sessantenne, a 57 anni soffrì dolori e lesioni articolari; al tempo del suo ingresso nell'ospedale S. Louis presentava le estremità digitali delle mani assottigliate, la pelle ivi è pulita e normale. Le dita deformate per ipertrofia delle tuberosità delle falangi, e per la deviazione degli assi, estensione della falangina sulla falangetta, flessione della falangina sulla falange. Articolazioni delle dita alterate per crepitio, dolori spontanei e provocati, mobilità conservata salvo nelle articolazioni delle falangine sulle falangette.

Ginocchia qualche volta dolorose, senza deformità e crepitio.

Medesimi fenomeni nelle grandi articolazioni.

Manifestazioni cutanee: placche disseminate e strie sclerotiche, e come accessorii placche di keloide, pigmentazione, echimosi e flittene.

Stato del sistema nervoso: Mobilità generale propria agli sclerotici. Manifestazioni dolorose intensissime, paragonabili a punture di ago.

Questa ammalata tendè sempre ad aggravarsi per le manifestazioni cutanee e per le alterazioni della sensibilità generale, ed emaciazione, ad onta delle cure energiche intraprese col bromuro e joduro di potassio, i bagni, gli antispasmodici, ecc.

Osserv. 2.ª — Uomo di 32 anni, robusto, che ebbe però a patire fame e freddo essendo stato prigioniero. In quest'epoca principiò ad accusare dolori articolari, che dappoi si fecero abituali e forti, e pei quali cercò rifugio nell'ospedale.

Le alterazioni che presentava alla visita erano: estremità digitali principalmente degli indici assottigliate, coperte da pelle liscia non indurata nè immobilizzata, senza retrazione nè ulcerazione nè cicatrice, colore normale, non cianosi, unghie con striscie trasversali. Alle mani manifestazioni di reumatismo cronico osseo, e reumatismo cronico semplice nelle altre parti.

Le alterazioni cutanee più notevoli sono limitate alla regione dorsale. In questa regione a sinistra della linea mediana per 12 centimetri di estensione sopra 4 o 5 di larghezza esiste una superficie bianco-giallastra liscia, brillante, spiccata sulla pelle che sembra ineguale e bianco-opaca. Il limite di questa zona ammalata è tacciato da una zona color lilla violetto, irregolare. Immediatamente davanti a questa specie d'anello avvi una zona di pigmento appena sfumata, poi la superficie principale di un bianco giallastro leggermente sfumato, ma liscio brillante, come inverniciata, ed al centro una zona di 1 a 2 centim. un poco rosea e presentante varicosità capillari eleganti.

A due centimetri a destra ed a sinistra della chiazza descritta ed inferiormente, due macchie bianche della dimensione di un'impressione digitale somigliante in piccolo alle grandi chiazze. Le chiazze si presentano al tatto di durezza lardacea, e non danno traccia di alterata sensibilità.

Nessuna alterazione del sistema nervoso a meno del carattere di eccessiva eccitabilità propria di questi ammalati. Nessun dolore che non sia dovuto al reumatismo.

Un anno dopo persisteva il reumatismo, ed erano quasi del tutto scomparse le forme cutanee. Poco tempo dopo i sintomi generali eransi aggravati, e non ebbero che pochissimo vantaggio dalla cura.

L'Autore pubblicando queste storie volle mostrare la differenza tra la sclerema e la sclerodermia.

Di un raro esempio di fibroma-mollusco. Storia e commenti del dott. Giorgio Marcacci. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, agosto 1879).

Il dott. Giorgio Marcacci leggeva alla Società medico-fisica Fiorentina la storia che brevemente riassumiamo.

Donato Vallini, di anni 55, da Arezzo, negoziante, nato da parenti sani, veniva alla luce senza che la madre in gravidanza avesse avuti accidenti di sorta. Appena nato presentava una macchia rilevata di color più fosco della pelle vicina, che occupava la metà destra della nuca e si prolungava in avanti verso il lato corrispondente del collo. A 10 anni questa macchia od escrescenza carnosa incominciò a crescere gradatamente e progressivamente, ed in avanti ha dato luogo alla formazione di un gran tumore bilobato, in dietro ad una voluminosissima sacca, sul lato destro si è sviluppata formando un'appendice carnosa che copre la spalla. Lo sviluppo maggiore della massa neoformata sembra, a quel che dice l'infermo, sia avvenuto dal 53.° anno di vita, all'epoca in cui si presentò in Clinica.

Avendo il Vallini nel 1875 sofferto di tifoide, durante questa malattia il tumore dorsale si infiammò per largo tratto, e suppurò abbondantemente, pel qual fatto il tumore discese in basso, e si affloscirono e discesero pure in basso anche gli altri tumori. Altra volta sotto altre febbri infettive il tumore suppurò ancora.

I tumori al paziente non arrecano melestie, il posteriore però gli cagiona tratto tratto un senso di strappamento che scompare col riposo. Nell'inverno esso trasuda assai con odore nauseante, nell'estate trasuda meno. Questi tumori sono insensibili anche alle punture profonde.

Numerosi e piccoli tumoretti, piccoli fibromi molluschi, stanno sparsi sul tronco e sui tre tumori descritti, i quali occupano uno la parte anteriore destra del petto e discende in basso a foggia di bisaccia divisa in due da un solco profondo, un altro copre la spalla, ed il terzo o posteriore dorsale è il più largo ed ha la forma di una bisaccia da frate cercatore.

L'anteriore misura 72 centimetri longitudinalmente e 35 trasversalmente; il posteriore 60 per 26; quello posto sulla spalla 32 per 18.

La pelle sottostante al tumore dorsale offre un'ispessimento pastoso

che può credersi edema, ma può lasciar anche dubbio di una produzione analoga ai tumori stessi.

Una vena voluminosa quanto una delle cave e più, si trova in alto e in dentro del tumore pettorale, e dando un piccolo colpo in questa regione si vede il sangue salire nella giugulare esterna. La clavicola è quasi interamente staccata nella sua articolazione sternale dal peso del tumore.

Di consistenza molle i singoli tumori pesano: il posteriore chilogrammi 2.840; l'anteriore 1.500, l'omerale 1.000.

L'esame microscopico diede per risultato: epidermide normale; strato papillare alquanto appianato; derma e strati sottoposti infiltrati di un gran numero di cellule linfoidi, elementi cellulari affusati e globosi di tessuto connettivo, per il rimanente condizioni normali.

L' Autore studiando la quistione della causa della mollezza di questo genere di tumori inclinerebbe a credere che la mollezza loro sia innata e propria, come lo è la durezza dell' ossa della cartilagine, e la morbidezza del muscolo e del grasso.

Quanto alla genesi l'osservazione microscopica di questi tumori confermerebbe la genesi sotto-dermica.

Nota pure l'Autore come il carattere di essere *penduli* non sia affatto esclusivo al fibroma mollusco.

In questo caso il dott. Marcacci si limitò a consigliare l'uso di lozioni astringenti sui tumori, tanto per suggerire qualche cosa, non sembrandogli prudente ed opportuno il pensare all' ablazione di così grossi tumori.

Un caso di dermatosi venosa generale ed idiopatica; del dott. Vincenzo Tanturri. (*Morgagni*, Dispensa 8.ª, 1879).

M. B. di anni 14, amenorroica, dopo pochi giorni dalla nascita fu colpita da eruzione cutanea alle coscie e natiche che durò per tre mesi. Alcuni anni dopo ebbe risipola alla faccia recidiva col caldo: a 12 anni eruzione pustolosa alle coscie, addome e dorso, che le lasciarono alcune cicatrici. Qualche tempo dopo la cute di questa ragazza che prima era bianca, divenne di color rosso-scuro come era al tempo del suo ingresso in clinica.

S. P., giovane di debole sviluppo scheletrico, nutrizione deperita, capelli scarsi e sottili con chiazze di alopecia, pitiriasi diffusa qua e là.

Sul volto chiazze rosso-turchiniccie irregolari che si trovano anche alle tempia, sulla regione sopraorbitale destra, nel mezzo della fronte al naso ed al padiglione dell'orecchio sinistro. Queste chiazze oltre al loro colore presentano un lieve grado di ispessimento dello strato superficiale della pelle, con sottile desquammazione epidermica. La restante superficie della faccia presenta una colorazione rosso-vinosa con tumidezza uniforme della cute.

Rete rosso-violacea alla regione retrocervicale, lungo tutta la su-

perficie cutanea del dorso, delle regioni lombari e dei fianchi. Questa rete si manifesta con maglie poligonali e macchie rosse, sparse in mezzo ad esse. La pressione dà leggiér maculazione rosso-bluastra.

Alla parte anteriore del tronco, specialmente nelle regioni sotto clavicolari e mammarie, vi è larga macchia a guisa di reticella azzurrognola a grandi maglie poligonali molto allungate la quale in qualche punto ha un colore violaceo chiaro. Nella regione addominale la rete rosso-violacea è meno sensibile e si estende al pube ed alle regioni ipogastriche ed iliache. Distendendo e stirando la pelle di queste parti scomparisce la suddetta tinta e si sviluppa una nuova rete a lunghe maglie di color verde-azzurro che manca all'ombelico. Sulle natiche la rete venosa ha un colore rosso-bruno, e tra le maglie di essa si osservano nodi piani, alcuni isolati, altri raggruppati irregolarmente e con leggierissima desquammazione. Alcuni sono eguali alla superficie, altri presentano una depressione centrale, e sono alquanto resistenti al tatto. Sotto la pressione digitale non si modificano.

La stessa alterazione si trova alle coscie, nelle quali si vedono in mezzo alla rete venosa rosso-turchiniccia delle macchie leggermente elevate, eguali alla superficie e con depressione centrale. Nella parte anteriore vi sono nodi numerosi migliari, i quali presentano nel centro punti neri. Al lato interno delle coscie stesse la rete venosa si presenta a maglie larghe rosso-violaceo-oscure, le quali scompajono sotto la pressione per ricomparire rapidamente.

La cute della parte anteriore delle ginocchia è di colore rosso-intenso ed ipertrofica leggiermente, e con nodi rosso-violacei isolati od a gruppi con disquamazione centrale e che resistono abbastanza al tatto.

Sugli arti inferiori in generale la rete è livida ed a larghe maglie, meno intensa al dorso dei piedi e mancante alle piante. Sulle gambe si vedono anche sparsi dei nodetti rosso-violacei, la cui colorazione sparisce sotto la pressione, restando un'elevazione papuloide piana bianca.

Negli arti superiori dalle regioni deltoidee alle dorsali delle mani si osserva la rete livida a maglie poligonali, e con macchie lenticolari bianche leggermente elevate ed alcune depresse nel centro con colore turchino. Verso il margine ulnare queste macchie hanno un colorito rosso-violaceo che non scompare alla pressione. Sulle braccia si vedono numerose macchie biancastre lenticolari e nodi confluenti della grandezza di una lente, disposti a gruppi, a semicerchi e a dischi, alcuni più elevati nel centro con una squama cuneiforme giallastra, altri accuminati e circondati da una zona depressa e pigmentata o bianco-pallida. Sul cubito la pelle è ispessita, ruvida, con rughe profonde, e con lo strato epidermico secco. La rete livida è a maglie strette, e si osservano macchie puntiformi, rosso pallide con sottile desquammazione e nodetti disposti a gruppi, alcuni elevati nel centro e con squama cuneiforme di colorito grigiastro; altri acuminati e con zona periferica depressa pig-

mentata. Sul palmo delle mani la pelle è ruvida a rughe più profonde e strato epidermico secco. Quivi si notano piccole macule della grandezza di una testa di spillo, di color rosso pallido, alcune delle quali presentano una sottile desquammazione. Col tatto si possono scoprire nodetti intra-epidermici, i quali non appariscono alla vista.

Le glandole linfatiche appena più sviluppate dell'ordinario, senza essere irritate.

Un caso di lupus della faccia; del dott. Felice Meola. (*Il Morgagni*, gennaio 1880).

Marenzi Santo, di anni 20, da Pavia, è di costituzione robusta, non ha mai avuta malattia venerea o sifilitica, ne è scrofoloso. Ha sofferto negli anni scorsi ripetute risipole al naso ed alla guancia destra.

Un anno prima del suo ingresso nella 7.ª Sala uomini dell'ospedale degli Incurabili diretta dal prof. Maziotti, vide apparire sul suo naso gran numero di efflorescenze delle quali alcune erano in forma di piccole macchie, altre rilevate come piccoli tubercoli, grossi quanto un grano di miglio o poco più, circondate da un rossore fosco ed intenso che si diffondeva alla guancia destra e labbro superiore nella parte corrispondente. Nel maggio successivo si aggiunsero altre efflorescenze e si estesero anche ove era il rossore, ed a queste tennero dietro ulcerazioni secernenti pus icoroso che formava croste. Venne ricoverato nell'accennato ospedale il giorno 26 novembre e si notò la pinna destra del naso quasi completamente distrutta per piaga di lupus, che si estendeva alla guancia destra dall'angolo interno dell'occhio fino sulla parte corrispondente del labbro superiore fino alla rima orale. Nulla alle glandole a stato generale in buon essere. La diagnosi fu di *lupus exedens.*

L'Autore dopo di aver fatte passare in rivista le varie opinioni sulla eziologia di questa malattia crede che più che tutto abbiano contribuito al suo sviluppo le risipole antecedenti perchè i tessuti non restarono indifferenti al ripetuto stimolo di quelle malattie, le quali apportarono disturbi nutritivi più o meno profondi che prepararono il terreno allo sviluppo della neoformazione. E ciò lo provano anche le condizioni istologiche.

Ritenuta adunque la natura del lupus affatto locale, l'Autore trova inutili i rimedii dati per bocca, i quali tutt'al più gioveranno a ricostituire la costituzione quando ve ne sia il bisogno.

Adunque è alla cura locale alla quale bisogna ricorrere. E l'Autore crede meglio che la potassa caustica, la quale estende di troppo la sua azione anche ai tessuti sani, la cauterizzazione fatta col pastello acuminato di nitrato di argento, e penetrante più che si può nel derma, che produce escare sulle soluzioni di continuo, e sulle infiltrazioni nodulari distruggendole fino dalla base. A questo aggiunge l'applicazione di una pomata di belladonna, o di mercurio, o di solo olio di mandorle

dolci che rammollirà le croste, le farà cedere più presto, ed ecciterà la cicatrice sotto ad esse.

Questo infermo trattato infatti un giorno colla cauterizzazione, ed il successivo coll'applicazione della pomata lasciò l'ospedale dopo 23 giorni di dimora, essendogli restato solamente un rossore alquanto marcato dove prima aveva avuto il male.

L'Autore quindi conchiude:

1.° Che il lupus sia una lesione di natura neoplastica e mantenuta da alterazione locale, non riferibile ad alcuna diatesi;

2.° Che come tale bisogna liberarne il paziente sia asportando i tessuti affetti, ciò che è possibile assai rare volte, e più spesso distruggendolo dalle basi col ridurlo in escara mercè i caustici;

3.° Che quando occupa la faccia, a tutti i caustici bisogna preferire il pastello di nitrato d'argento, sia per la sua efficacia, e sia ancora per la regolarità della cicatrice.

Di alcune eruzioni cutanee dovute all' azione patogenica del joduro di potassio; del dott. C. Pellizzari. (*Lo Sperimentale*, fasc. 2.° 1880, e *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, aprile 1880).

L'Autore avrebbe osservato in un malato di sifilide, e che per ciò era curato con il joduro di potassio, un'eruzione nuova.

Allorchè quegli ebbe raggiunta la dose di grammi 10 di joduro, fu preso da febbre e catarro gastrico, tremito agli arti, sussulti dei tendini e prostrazione morale intensa. Le eruzioni consistevano in tre diverse forme:

1.° Papule grosse come una moneta da due centesimi, appena rilevate sul derma, nè vi si addentravano, di colore rosso-fragola intensissimo, e di aspetto sagrinato. Non contenevano essudato ed il colorito non scompariva alla pressione;

2.° Otto o dieci altri elementi eruttivi più o meno grandi ma del diametro di un soldo circa, somiglianti in parte alle bolle di rupia. La loro base era assai profonda e li circondava una zona di rossore cupo molto circoscritta, al di sopra eravi una bolla come quelle da scottatura con liquido scarso e non molto giallo. Non erano nè rupia cachetica nè sifilitica;

4.° Tre intumescenze grosse da una noce ad una piccola mela che avevano la loro sede profonda nel cellulare sottocutaneo poste verso la metà della coscia destra alla sua faccia interna. La più piccola era coperta da pelle normale, ed al tatto si manifestava come un nodulo pastoso; nella coscia sinistra in un punto omologo un'altra durezza che comprendeva anche la pelle, di color rosso-vino, e nel centro portava una bolla con un po' di liquido. Altro nodulo grosso come una piccola mela alla metà dell'avambraccio destro, sormontato da una grossa ampolla color lavagna, e contornato da una zona color rosso-vinoso, la parte non rammollita era pastosa, e sembrava tutt'insieme un ascesso.

Presentava inoltre questo ammalato rossore alle retrobocca molto intenso e fenomeni di corizza.

Sospeso il joduro e curata la febbre, i fenomeni generali, cessarono, e le bolle aperte lasciarono piaghe profonde, ma non di aspetto sifilitico. Dopo 4 giorni ripreso il joduro alla dose di 2 grammi al giorno, alla seconda dose ritornò la febbre piuttosto risentita; sospeso il joduro la febbre si mitigava ed indi cessava completamente. Dopo 4 giorni amministrato ancora il joduro si ebbe nuova febbre e contemporanea comparsa di noduli di indurimento pastoso alle braccia ed alle gambe.

Continuato il joduro la febbre aumentò fino ad arrivare a 39°,5, e 110 pulsazioni. Il giorno dopo si sospese, e la temperatura ritornò a 38°,8, e si ebbe la sensazione di linfangiti con piccoli cordoncini dolenti, ed un nucleo grosso come una noce sulla coscia destra. Trascorsi tre giorni senza febbre si tornò al joduro alla dose di 1 grammo, ed alla sera del giorno successivo si ebbe febbre, sospeso il medicamento fuvvi apiressia per 4 giorni. Due altre volte fu tentata l'amministrazione del medicamento e sempre ritornò la febbre e comparsa di nuovi nuclei di indurimento.

Si sospese allora il joduro di potassio, e si fece una cura ricostituente, e le papule scomparirono, le bolle lasciarono cicatrici che presto divennero bianche, ed ambedue queste forme non ricomparvero nelle successive amministrazioni del medicamento. I noduli scomparvero rapidamente, solo si ebbero due ascessi che aperti si risanarono lentamente, con cicatrice liscia del color della pelle, e l'ammalato in buone condizioni lasciava la Clinica del prof. Pietro Pelizzari due mesi e 10 giorni dopo il suo ingresso.

L'anno appresso per altre due volte con intervallo di alcuni mesi veniva ritentata l'amministrazione del joduro di potassio, ma dopo tre giorni il malato presentava i fenomeni febbrili e gli indurimenti sottocutanei.

Il secondo caso narrato dall'Autore risguarda una prostituta di 18 anni, che in seguito all'amministrazione fattale di poco joduro di potassio venne presa da febbre e dalla comparsa qua e là sulle membra di noduli della grossezza da una nocciuola ad una noce, pastosi, indolenti profondi e coperti da pelle sana; soltanto qualcuno dei più piccoli o dei più superficiali era ricoperto da pelle arrossata, da sembrare infiammato. Sospeso il joduro tanto la febbre quanto gli indurimenti erano scomparsi.

L'Autore nota che varii scrittori parlarono della comparsa di molte forme cutanee, ma nessuno mai segnalò i noduli sopradescritti.

Studiando il meccanismo di azione delle forme jodiche, dopo di avere vagliate le opinioni dei diversi scrittori, conclude che l'ioduro di potassio possa agire patologicamente in due maniere.

In primo luogo semplicemente come azione di presenza, dando origine ai fenomeni generali, i quali si mostrano secondo la suscettibilità indi-

viduale per l'eccitamento del circolo con gli eritemi cutanei e delle mucose (angina, corizza, lagrimazione), frequenza di polso, disturbi intellettuali, ebbrezza jodica, ecc., e per le glandule della pelle con la loro irritazione diretta.

In secondo luogo per azione modificatrice della crasi sanguigna, quando, per ragioni diverse, invece di eliminarsi rapidamente rimane, forse scomposto nel sangue, e vi attacca la parte globulare, ed è capace di dare il dimagramento, l'atrofia di certi organi, le emorragie cutanee e delle mucose. (Vedi anche questi *Annali*, vol. CCLII, p. 425).

G. Marcacci. — **Nota clinica ed anatomo-patologica sopra un caso di elefantiasi venosa.** (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, aprile 1880).

L'Autore ebbe ad osservare un caso di gravissima e spettacolosa elefantiasi dello scroto e degli arti inferiori. A noi basti dare le dimensioni del volume dello scroto o delle gambe, le quali sono:

Scroto: circonferenza	Metri	1,68
Diametro longitudinale secondo il rafe . .	»	0,50
Idem trasverso	»	0,59
Gamba destra circonferenza nel 3.º superiore . .	»	0,66
» sinistra » » . .	»	0,59
» destra » inferiore. . .	»	0,57
» sinistra » » . .	»	0,57
Circonferenza presa a livello della metà coscia sinistra	»	0,68
» » » destra .	»	0,54

Il paziente era un uomo di anni 50, nel quale i primi sintomi della malattia erano incominciati a 16 anni, con risipole agli arti inferiori, i quali rimanevano ad ogni attacco di risipola sempre più voluminosi tanto da acquistare il volume sopra descritto. A 43 anni ebbe risipola allo scroto, che si ripeteva successivamente portandolo al volume di cui sopra. Del resto non ebbe mai altre malattie.

L'ammalato visse solo tre giorni all'Ospedale dove soccombeva per essudato pleurico, gangrena dello scroto e diarrea colliquativa.

Dall'esame microscopico minutamente fatto nel Gabinetto Anatomo-patologico del prof. Giorgio Pelizzari e riferito in esteso nella Memoria dell'Autore, risulta consistere la condizione morbosa di questa elefantiasi in un'alterazione del sistema venoso, che a sua volta determinò l'immensa iperplasia connettiva in questo ammalato.

La ragione del nesso tra l'alterazione vasale e l'ipertrofia del connettivo, l'Autore non la saprebbe spiegare, e quindi conclude che secondo lui le cause della elefantiasi non si conoscono, ed è miglior consiglio confessare di non conoscerle.

CARRY. — **Contribuzione allo studio dello xantoma.** *(Annales de dermat. et de syphiligraphie*, janvier, 1880).

Lo xantelasma o xantoma è una malattia della pelle costituita da produzioni gialle sotto forma di placche o di nodosità ora localizzate, ora estese anche alle mucose e persistenti senza una cura chirurgica. La storia di quest'affezione è recente ed incomincia da Rayer per estendersi sempre più in questi ultimi anni. Nel 1877 Chambard ne studiò in modo completo i caratteri istologici; dopo di che se ne ammettono due forme, una locale e l'altra estesa; la prima costituita da chiazze *xantoma planum*, la seconda da nodosità *xantoma tuberosum*.

La prima venne trovata principalmente sulle palpebre e fu veduta alcune volte coincidere coll'itterizia.

La seconda più importante è di patogenia ancora oscura, è costituita da tuberosità gialle dure, di volume vario, isolate od a gruppi, non dolorose, persistenti senza alterarsi da sè. È rara e quasi sempre accompagnata dall'itterizia.

L'Autore dopo di aver riportata la storia di un xantoma generalizzato già riferita da Larraydy, ne pubblica un'altra di un ammalato curato dal prof. Lepin.

Giuseppe G., nato a Valenza, di anni 31, senza precedenti patologici entrò il 13 giugno 1879 all'Hôtel-Dieu. Ebbe a superare una febbre tifoide a 10 anni, ed una adenopatia indolente dai 14 ai 18, che non gli lasciò conseguenza di sorta. Dai 22 ai 28 anni si dette all'abuso degli alcoolici e della birra, da cui i disturbi gastrici caratteristici.

Due anni prima della sua entrata nell'Ospedale ebbe dolori lombari, cefalalgici, tinta verdastra del volto, la pelle gli si ingiallì, e gli si sviluppò un'eruzione secca, molto pruriginosa sui polpacci, accompagnata da edema alle estremità inferiori. Scomparsi questi sintomi meno il color giallo della cute, un anno circa dopo apparvero ai cubiti ed al ginocchio destro dei piccoli tumori gialli che in due o tre settimane acquistarono il volume presente. Questi si estesero in seguito alla parte sinistra ed alle natiche, sulle membra e sulla faccia, e indi si fece completa. Da un anno ha ventre tumefatto, dolori passeggieri alle grandi articolazioni, e disturbi dispeptici aumentati, sudori profusi, dimagramento rapido progressivo. Il viso si fece di color olivastro-plumbeo che restò stazionario per 4 mesi.

Al suo arrivo all'Ospedale si notò che l'itterizia della cute si estendeva alla mucosa della bocca ed alla congiuntiva; e che era affetto da cirrosi alcoolica del fegato con insufficienza aortica ed ateroma arterioso.

Le parti maggiormente prese dalla forma cutanea erano i cubiti, le ginocchia e le mani, siccome le più esposte pel mestiere dell'infermo ai traumi ed agli sfregamenti.

L'eruzione è distribuita su le membra, la testa, il collo e lo scroto.

Il tronco ne è affatto libero. È disposta simmetricamente con predominanza a destra, e appartiene alle due forme di *piana* e *tuberosa*. Le tuberosità sono disposte a nappi ed a piccoli gruppi, od isolati. Al centro dei gruppi sono grosse come un nodo di ciliegia, alla periferia più piccoli lasciano degli spazii ora sani ora affetti da *xantoma planum*. Sono disposti a piccoli gruppi di quattro o cinque sulla faccia esterna della gamba sinistra, sulla faccia dorsale d'ambo i piedi, lungo il tendine del dito grosso, senza aderirvi.

Questi tumori sono arrotondati, e qualche volta anche appiattiti. Sono solidi, elastici e lisci, del volume i più grossi di un nodo di ciliegia ed i più piccoli sono semplici punti formanti una leggiera elevatezza che non si può apprezzare che col tatto. Sono incastrati nello strato superficiale del derma col quale fanno corpo, e la pelle che le porta è mobile sugli strati sottoposti e di colore normale. Il loro colore è giallo, e brunastro dove sono sfregati.

La forma *piana* si mostra a grandi placche sul palmo delle mani, ed alle avambraccia sopratutto a destra, alla piega del cubito e sulla spalla, dove l'infermo portava abitualmente dei fardelli, mentre non se ne trovano a sinistra. Sulla faccia palmare delle mani le chiazze non sono continue, ma formate da bordi di un giallo chiaro che seguono esattamente le pieghe palmari, alternanti con striscie più piccole di pelle normale. La stessa disposizione si ritrova alle dita, alle pieghe articolari, allo scroto.

Chiazze più piccole si trovano sulle gambe, alla nuca solo a destra, ed infine sulle palpebre superiori dove formano il già descritto *occhio di tasso*. Infine si vedono ancora disseminati qua e là soprattutto attorno alle grandi chiazze ed isole dei tubercoli, molti punti gialli serrati, di varia forma e disposizione, lisci, molli, agglomerati fra loro o coerenti, sopra pelle normale meno il colore.

Nessuna alterazione notevole nè nella sensibilità termica e dolorifica, meno il dolore alla pressione.

L'ammalato sortì migliorato dall'Ospedale.

Dall'osservazione di questo caso l'Autore ne trae che non si possono fare due entità morbose differenti dalla forma *plana* e *tuberosa;* che lo sviluppo maggiore dell'eruzione si osserva nei punti più soggetti ad irritazione per sfregamento od altro; che l'endo-arterite può essere stata la causa della produzione dello xantoma, e che non si può fino ad ora trovare un nesso logico tra l'itterizia e lo xantoma.

Ed in prova di questo riferisce dettagliatamento una storia di una bambina curata all'Antiquaille dal prof. Gailleton, in cui non eravi stata itterizia, perchè i tumori si erano mostrati o poco dopo la nascita o forse anche preesistevano nella vita intra-uterina. L'eruzione era discreta e costituita da tumori sotto cutanei che avevano per origine tubercoli gialli, ed al microscopico ed all'esame chimico palesarono l'esistenza di prodotti organici cristallizzati, quali la lecitina e la tirosina. Questa

piccola ammalata presentava colore normale della cute, ma dovuta unicamente alla xantodermia, e non all'itterizia. L'Autore si domanda se tutti i casi considerati come dipendenti da itterizia lo fossero realmente, e conchiude dicendo che lo xantoma generalizzato ha bisogno di nuove osservazioni e di ripetuti studj, imperocchè a canto della forma dipendente ed in connessione all'itterizia, ve ne ha un altro affatto indipendente da ogni lesione epatica.

A. Laveran. — **Contribuzione allo studio del bottone di Biskra.** (*Annal. de dermat. et de syphiligraph.*, avril 1880).

Le opinioni sulla patogenia e la natura del bottone di Biskra sono, dice l'Autore, numerose come lo sono coloro che se ne occuparono.

Egli studiò questa malattia sul luogo e quindi ne porge una monografia esatta e coscienziosa.

Il nome di bottone di Biskra deve essere preferito a quello di ulcera di Sahara proposto da taluni, e perchè non bisogna tanto facilmente cambiare i nomi alle malattie, e perchè questa epidemia è a Biskra dove si osserva con maggior frequenza ed intensità.

La malattia si sviluppa sotto l'influsso dei mesi di settembre e di ottobre, e vi regna più o meno secondo gli anni.

Si sviluppa tanto sugli individui sani e robusti che sui deboli ed anemici, e tanto su quelli che soggiornano a Biskra da molto tempo che sui nuovi venuti.

Ne sono attaccate di preferenza le estremità e la faccia, ma qualche volta la si riscontra sul tronco, sul pene. In generale le lesioni locali sono parecchie, se ne possono riscontrare da 20 a 40.

Un primo attacco conferisce una certa immunità, ma non la sicurezza di una ricaduta.

Durante il periodo endemico anche le minime lesioni della cute hanno la tendenza a trasformarsi in bottoni di Biskra, e l'Autore riferisce 3 osservazioni di questa malattia consecutiva alla vaccinazione. In due di queste è chiara la trasformazione in sito della pustola nel bottone di Biskra, nella terza sebbene non sia tanto chiara la relazione tra una malattia e l'altra, pure l'Autore la trova nell'essersi il paziente grattate le pustole e trasportato il virus vaccinico in altre parti del corpo, e prodotto così dei veri bottoni di Biskra.

Nella descrizione l'Autore divide il decorso di questa malattia in periodo iniziale, periodo di stato e di cicatrizzazione, ed a compierne il quadro riferisce altre 5 osservazioni dimostranti anche le complicazioni cui può dar luogo.

Niente di speciale dall'esame istologico del croste del bottone di Biskra.

Quanto alla cura, l'Autore ebbe ancora i risultati più soddisfacenti dell'uso delle cauterizzazioni col percloruro di ferro, a confronto degli altri molti preparati usati dagli Autori. È però convinto cogli arabi

stessi che il miglior metodo di cura è quello di far niente, e rispettare le croste che si formano, anche perchè in questo caso le cicatrici sono meno sensibili di quelle lasciate dalle eruzioni curate con metodi speciali.

Allorchè per una causa qualunque le croste venissero staccate, conviene favorirle di nuovo mediante qualche polvere secca ed astringente, o medicarle con cerotto del Vigo. Curare invece le complicazioni (inflammazioni accidentali, la linfangioite, risipole, flebite, ecc.)

Nessuna speciale cura interna, meno quella contro lo stato generale.

Quanto alla patogenia e natura il bottone di Biskra è un'affezione specifica, non è ectima, nè rupia, nè furuncolosi, nè di natura sifilitica.

È contagiosa ed inoculabile, e una nuova storia prova la trasmissione della malattia in una donna la quale adoperava per asciugarsi i pannilini adoperati da una sua sorella portinaja all'Ospedale militare di Biskra, dove erano ricoverati individui affetti da bottoni di Biskra. Due altre storie tolte da Weber confermano l'Autore nell'opinione di questi che cioè: *il chiodo di Biskra è inoculabile e sembra essere auto-inoculabile; il principio attivo è nella crosta.*

Quanto alla sua natura l'Autore non crede alla criptogama trovata da V. Carter nella crosta, e dice che il fungo si sia potuto sviluppare accidentalmente nel lungo viaggio fatto dal preparato da Biskra fino in Inghilterra, e ciò perchè egli non lo vide mai nelle croste esaminate in luogo.

Crede probabile che l'agente attivo di questa malattia possa appartenere all'ordine dei *virus*, e che forse evvi un bacterio speciale pel bottone di Biskra.

A. R. Robinson — **Sulla natura ed istologia patologica della psoriasi.** (*New York Med. Journ.*, juli 1878, e *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, dicembre 1879).

Robinson studiò al microscopio la psoriasi in tutte le sue fasi, ed osservò quanto segue:

Nei primissimi stadi si presentano alterate tutte le singole parti della cute. Lo strato corneo dell'epidermide si mostra alcun poco ispessito in confronto delle parti vicine normali. Lo strato del Malpighi è maggiormente alterato. Mentre in certe regioni della cute questo presenta il suo margine inferiore quasi rettilineo, in corrispondenza della papula è fortemente sinuoso, per aumento di tutto lo strato, il quale manda profondamente nel corion dei prolungamenti cellulari. Questi sono più spiccati al centro della papula e vanno decrescendo verso i margini: per essi il corion presenta delle papille assai più alte, larghe e fra loro lontane dal normale. Robinson è d'avviso che l'aumento di dimensioni delle papille è dovuto esclusivamente alla riferita modifica-

zione dell'epidermide e non è intrinseca alle papille. Nel corion di queste pseudo-papille, per altro, i vasi sono dilatati, mentre le parti profonde sono normali, come sono normali le ghiandole sebacce e sudoripare. Forti ingrandimenti dimostrano essere l'aumento di massa dello strato malpighiano prodotto da un aumento di numero delle cellule che è più spiccato negli spazi interpapillari; le cellule nuove hanno dimensioni identiche alle antiche ma nello strato contiguo al corion, non conservano sempre evidente la loro forma cilindrica e la loro nota disposizione regolare. Ciò è tanto più evidente quanto più l'esame si fa verso il centro della papula. Unitamente alle cellule cilindriche della rete malpighiana se ne osservano molte altre a grande ed evidente nucleo e con protoplasma relativamente scarso, le quali devono essere considerate come cellule epiteliali di recente formazione. Molte cellule malpighiane poi contengono due nuclei: Robinson le considera come cellule in stato di proliferazione da cui poi risultano le piccole cellule a grandi nuclei summenzionati; non crede poi che l'aumento delle cellule malpighiane provenga dalle cellule embrionali fuoruscite dai vasi papillari, inquantochè nei primi stadj della psoriasi, mentre è attiva l'iperplasia dell'epidermide, non vi sono segni di fuoruscita di globuli bianchi dai vasi.

L'iperplasia dello strato malpighiano precede sempre la formazione della papula; per modo che quel che appare ad occhio nudo in principio della malattia come margine della papula, istologicamente è solo iperplasia dello strato malpighiano; esaminando due papule iniziali vicine fra loro, la distanza, al microscopio, fra le due zone di iperplasia malpighiana, appare molto minore di quello che ad occhio nudo.

L'esame a forte ingrandimento della papula dimostra che all'ingiro della iperplasia epidermica non esistono alterazioni importanti all'infuori di qualche scarso vaso sanguigno debolmente dilatato, mentre nella regione corrispondente alla papula esistono alterazioni importanti e diverse secondo la sede e l'età della papula stessa.

Secondo l'Autore, le papille della cute della papula non sono aumentate di volume che apparentemente, e ciò è dovuto all'approfondarsi dei prolungamenti malpighiani nel corion.

Nella papula tutti i vasi delle papille sono più o meno dilatati. Nel tessuto circostante ai vasi dilatati esistono sempre globuli bianchi fuorusciti in quantità proporzionale al grado della dilatazione vascolare.

Nei primi stadi della malattia i globuli bianchi occupano quasi esclusivamente nel corion gli spazi intermalpighiani, e molto scarsamente il connettivo che segue il corso dei vasi più profondi della cute. I vasi poi conservano il loro corso pressochè regolare, e non presentano quelle abbondanti sinuosità e contorcimenti che sono caratteristici degli stadi più avanzati. Insieme alla migrazione dei globuli bianchi dai vasi ha luogo necessariamente un trasudamento di siero. Questi tre fattori, trasudamento sieroso, dilatazione dei vasi e fuoruscita dei globuli bianchi

costituiscono nei primi periodi della malattia tutto il processo patologico delle papille, e la sola ragione della loro apparente iperplasia, la quale, come si è detto, è di poca entità. Robinson insiste sulla non esistenza di una vera ipertrofia delle papille, e non crede affatto giustificata per le ragioni sovraesposte, la denominazione di papille per gli spazi di corion intermalpighiano quali si osservano nella psoriasi.

I peli si mostrano alterati fin dal principio della malattia.

La guaina esterna del bulbo e lo strato corrispondente allo strato malpighiano dell'epidermide si presentano come questi aumentati di volume. Sono nello stato di una vera iperplasia che ha sede principalmente al bulbo del pelo. Questa iperplasia esiste anche in quei bulbi di pelo profondi il cui tessuto circostante non è iperemico e non presenta alterazione di sorta: il che, secondo Robinson, proverebbe che la malattia ha la sua origine nello strato malpighiano.

Le ghiandole sebacee e sudorifere sono normali.

L' Autore è incerto se lo strato malpighiano sia alterato primitivamente od in modo secondario, sebbene propendi per quest' ultimo caso.

Le suesposte alterazioni più particolarmente proprie della psoriasi punctata, Robinson le osservò anche in tutte le altre forme di psoriasi con delle semplici modificazioni nella quantità dello siero trasudato, della dilatazione vasale e dei globuli bianchi fuorusciti. In alcuni casi nelle masse papillari, in cui i vasi sanguigni sono fortemente distesi e tortuosi, si osservano anche rotture di questi e conseguenti emorragie. La psoriasi guttata e la nummulare devono essere considerate come ulteriori stadi della punctata.

Nella psoriasi nummulare essendo molto abbondanti le cellule embrionali immigrate dai vasi, formano degli ammassi nei quali spesso le singole cellule si presentano compresse ed alterate nella loro forma dai fasci di tessuto connettivo, i quali assumono per l'interposizione degli ammassi cellulari l'aspetto a maglie. Neumann considera il corion che presenta questa struttura come un tessuto neoformato, laddove l'Autore crede di non poterlo ritenere che l'antico stroma smagliato dallo siero e dai globuli bianchi. In cotesta varietà di psoriasi i vasi sanguigni negli spazii intermalpighiani sono tutti dilatati, talvolta invece all'apice quasi rettilinei. Gli spazii intermalpighiani sono fortemente infiltrati di cellule a motivo della loro ricchezza vascolare, e nella psoriasi l'infiltrazione cellulare è circoscritta ai vasi: la disposizione di queste infiltrazioni di cellule rotonde è varia all' apice degli spazii intermalpighiani, e negli strati profondi del corion, ed è determinata dalla diversità di direzione dei vasi.

Gli strati profondi della cute offrono la stessa infiltrazione cellulare perivascolare e null' altro. L' Autore insiste sul fatto del non essere menomamente infiltrato di cellule le altre parti dei connettivo.

Anche in questo stadio della malattia le ghiandole sebacce e sudori-

pure restano normali; i follicoli dei peli presentano, ma più spiccate, le alterazioni già menzionate.

Quanto più la psoriasi è cronica, tanto più profonde e diffuse sono le alterazioni istologiche della cute ora descritte.

Negli stadj di regressione della malattia poco a poco la cute ritorna alle condizioni normali scomparendo man mano l'iperplasia degli strati malpighiani, le dilatazioni vasali, l'infiltrazione cellulare e sierosa; quest'ultima generalmente è la prima a scomparire; ultima rimane la iperplasia malpighiana.

Lo stadio di regressione è più breve nella psoriasi punctata, e nelle altre forme è tanto più breve, quanto minori furono le alterazioni patologiche della cute.

Macchie pigmentate rimangono anche qualche settimana dopo la scomparsa di ogni prominenza sul livello della cute qu·ndo questa è ritornata normale e lo strato malpighiano ha ripreso le proporzioni normali: i follicoli dei peli sono per altro ancora iperplastici e conservano un volume tre o quattro volte maggiore del normale.

Si osserva anche un'accumulo di pigmento nello strato malpighiano e lungo le pareti vasali; questo però è scarso e tale da non poter essere veduto ad occhio nudo

In conclusione la psoriasi non è affatto una malattia delle papille, ma è una iperplasia degli strati malpighiani della cute la quale può essere prodotta da un'irritazione locale, semprechè il tessuto vi sia previamente disposto.

Tichomirow. — **La cura della psoriasi volgare colle injezioni sottocutanee di acido arsenioso.** (*Allgm. med. Centralblatt*, dicembre 1878; e *Revue des Scienc. Med.* Avril 1879).

In un ragazzo di 10 anni affetto da psoriasi generale l'Autore adoperò con successo le injezioni ipodermiche di acido arsenioso, alla dose ciascun di 2 a 3 centigrammi (?) alla sesta injezione le squame delle ginocchia, del ventre e delle natiche caddero e non si formarono più. Poco tempo dopo erano scomparse dappertutto affatto completamente, e presto anche l'ispessimento cutaneo andava cedendo, non lasciando che una leggiera iperemia. Accidenti febbrili ed intestinali facevano interrompere la cura per 15 giorni, e le squame ricomparivano tosto. Ripresa la cura, dopo poco tempo non restavano che macchie pigmentarie, ultime vestigia di questa psoriasi generalizzata. La cura era durata 5 mesi, ed erano stati injettati da 4 a 5 grammi di acido arsenioso. (*Ann. univ. di med.* 1879, vol. CCL, p. 495)

Dott. Charassé. — **Cura della psoriasi coll'acido pirogallico.** (*Bullet. therapeuticq.* Giugno 1881).

Riferiremo le conclusioni delle esperienze fatte dall'Autore nello spedale di Montpellier.

1.° L'acido pirogallico è il migliore agente antipsorico conosciuto.

2.° Esso accorcia molto la durata della cura, che è ridotta alla media di 3 a 4 settimane.

3.° Il miglior modo di preparazione è la pomata; si deve portare la dose da 5 per 100, a 18 o 20 p. 0[0. Adoperandone una dose più alta può insorgere l'eritema od anche una dermatite acuta ed ulcerazioni. Si può fare da una a quattro frizioni al giorno.

4.° È più tollerato degli altri agenti esterni, ed ha per giunta su di essi il vantaggio di essere inodore e di non provocare dolore.

5.° Come gli altri topici, l'acido pirogallico non può da se solo impedire le recidive; esso non guarisce che la manifestazione esterna della psoriasi senza influenzare la diatesi: bisogna ancora associargli gli agenti terapeutici interni, come gli arsenicali, onde ottenerne una guarigione definitiva. Le frizioni di acido pirogallico adoperate solo non hanno neppure fatto sparire in alcuni casi l'eruzione.

6.° Non vi è indicazione precisa sul suo caso. Esso ha dato buoni risultati in tutti i periodi, qualunque sia la sede, la forma o l'anzianità della malattia.

Su questo punto le osservazioni pubblicate da Caposi, Jarisch, Arragon e Bruyère, confermano la nostra esperienza personale. Il Dott. Aubert (di Lyon) pensa però che si deve evitare di stendere le frizioni su tutte le parti del corpo contemporaneamente.

7.° Il suo principale inconveniente consiste nella colorazione bruna o vera che esso comunica ai tegumenti: ma questa colorazione d'altronde non è costante ne ben accentuata dappertutto, e scompare in alcuni giorni.

Arragow. — **Cura topica della psoriasi per mezzo dell'acido pirogallico.** (*Thèse de Paris*, 1879, e *Revue del Sciences Méd.*, avril 1880, p. 597).

L'Autore preferisce adoperare l'acido pirogallico in pomata coll'assugna. La dose dell'acido varia dal 5 al 25 0[0; generalmente però viene adoperata e sopportata bene quella del 10 al 15 0[0, e con risultati ottimi.

Nell'adoperarla bisogna assaggiare la idiosincrasia dell'ammalato per questo medicamento. Perciò si incomincia col prescrivere non più di una frizione al giorno, e se per caso suscita irritazione bisogna sospenderne momentaneamente l'uso, ed impiegare gli emollienti, e dopo incominciare da dose più debole.

È bene prepararne poca di questa pomata, perchè il contatto dell'aria la annerisce. Così pure diventano neri i capelli quando le frizioni vengono fatte sul cuojo capelluto, ma questo colore si fa scomparire facilmente colle lazioni di acqua di Labarraque.

La durata media della cura è di 4 settimane, e generalmente si compie senza incomodi, quali le eruzioni di acne, e l'odore cattivo. È meno attivo

dell'acido crisofanico, ma è di prezzo meno elevato, di una applicazione più facile, è senza dolori, irritazione nè odore. Sembra avere la proprietà di riescire in quei casi dove fallirono gli altri rimedi. Non previene la recidiva, e questo è comune a tutti i rimedi antipsorici conosciuti.

P. H. Bruyère. — **Ricerche cliniche sull'impiego dell'acido pirogallico nella cura di alcune affezioni della pelle.** *(Thèse de Lyon*, 1879, e *Revue des Sciences Med.*, avril 1880).

Anche Bruyère riconosce nell'acido pirogallico le stesse proprietà trovate da Arragow quando venga adoperato contro la psoriasi. Aggiunge però che nella prurigine senza essere superiore agli altri mezzi, riesce molto irritante: è contro indicato nell'eczema acuto, ma è utile nel cronico e sub-acuto; di mediocre effetto nell'eczema lichenoide in placche limitate.

Nelle scrofulidi profonde e nel lupus sembra dovrebbe adoperarsi con successo adoperato per frizioni superficiali e leggieri.

Nell'erpete tonsurante è inferiore all'acido crisofanico.

Douvergne. — **Sapone contro l'acne rosacea.** *(Union Medicale* e *Morgagni*, maggio 1879).

Douvergne propone la seguente mistura contro l'acne rosacea:

Polvere di sapone	gr. 100
Solfato di ferro in polvere	» 5

Nell'acne rosacea e nella mentagra si applica questo sapone con pennello alla sera, ed al mattino si leva con lavature alcaline. Nei casi ribelli si sostituiscono i 5 grammi di solfato di ferro con gram. 3 di solfato di rame, oppure si fa il seguente miscuglio:

Glicerina pura	gr. 50
Bicloruro di mercurio	» 1
Essenza di geranio	goc. 10

Si taglia la barba con cesoje, astinenza dagli alcoolici, regime erbaceo, purganti, ecc.

Sulla istologia della psoriasi volgare; di Neumann. *(Stricker's med. Jahrbücher. Heft*, 1.° 1879; e *Revue des Sciences Med.* avril 1880).

La lesione constitutiva più importante del psoriasi è la moltiplicazione delle cellule del corpo mucoso del Malpighi, e principalmente delle cellule cilindriche le quali stanno disposte a tre o quattro strati sovraposti fra loro.

A di sotto si vedono le cellule messe orizzontalmente, notevoli per l'ipertrofia del protoplasma del nodo e del nucleolo, e per l'assenza degli adentellati e la confluenza delle granulazioni. E questo si osserva in

sei od otto strati, mentre che allo stato normale non esistono che due strati al più di cellule granulose.

In seguito alla moltiplicazione ed all'ipertrofia di questi elementi, il corpo del Malpighi resta ingrossato e manda nel derma dei prolungamenti a guisa di cono che vi costituiscono delle reticelle cellulari. Da qui la deformità delle papille, e un'alterazione della circolazione nelle anze vascolari, e l'iperemia, così evidente della psoriasi.

Nello stesso tempo avvi iperplasia cellulare attorno ai vasi, glandole sudorifere, follicoli dei peli. Le pareti di questi elementi sono invase da cellule rotonde numerosissime, che ne ispessiscono e ne dilatano il lume, mentre d'altra parte avvi proliferazione delle cellule endoteliali. I vasi linfatici si dilatano ed i muscoli lisci si ipertrofizzano.

La riproduzione tanto rapida delle squamme del psoriasi sarebbe data dalla proliferazione delle cellule cilindriche del corpo mucoso e degli elementi glandolari. L'Autore non ammette con Schrön la riproduzione dell'epidermide devoluta unicamente alle glandole sudorifere. Difatti al palmo delle mani ed alla pianta dei piedi dove queste ghiandole abbondano, si riscontra raramente la psoriasi.

Dell' uso dell' acido crisofanico nella cura della psoriasi e della tigna favosa; osservazioni del dott. J. De Amicis *(Movim. Medico Chirurgico*, 15 maggio 1879).

Il dott. De Amicis riferisce cinque storie cliniche di psoriasi quasi tutti nummulari guttate, ed una di tigna favosa in un ragazzo, dalle quali l'Autore ha trovato che veramente l'acido crisofanico agisce meglio nella psoriasi di tutti gli altri rimedi fino ad ora adoperati, ma che a fronte di questi vantaggi vi sono degli inconvenienti, e di non poco conto, e sono:

1.° La comparsa dell'eritema ed il lasciare consecutivamente delle macchie ipercromiche, impedisce di adoperarlo sulle parti scoperte (volto e cuojo capelluto, regioni cervicali e parte superiore del torace massime nelle donne).

2.° Il suo costo finora è abbastanza elevato (da 1/2 ad una lira al grammo).

3.° L'irritazione che provoca sulla cute può sorpassare i confini di un semplice eritema, e determinare una vera dermatite eczematosa molto molesta.

4.° Macchia le biancherie di un colore bruno violetto in modo indelebile.

5.° Non previene la recidive.

6.° Non ha veruna azione nella cura della tigna favosa e massimamente è poco adoperabile nel cuojo capelluto per gli inconvenienti di sopra riferiti.

Inoltre e per gli stessi motivi nella pitiriasi versicolor e nell'erpete tonsurante l'acido crisofanico dovrebbe non aver vantaggi sugli altri rimedi adoperati per queste malattie.

Il dott. Jarisch avrebbe provato nella psoriasi l'alizarina e l'acido pirogallico.

La prima fu senza effetto proficuo, mentre il secondo avrebbe fatta buonissima prova di sè.

L'acido pirogallico venne usato alla dose dai 5 ai 10 grammi p. 100 di vaselina e sugna. La sua azione sarebbe più lenta ma senza gli inconvenienti dell'acido crisofanico. Potrebbe darsi però che usato su superficie molto estesa avesse a produrre l'avvelenamento, i di cui principali fenomeni sarebbero accesso di febbre forte, stranguria, orine di color olivastro.

Sull'uso terapeutico dell'acido picrico nell'eczema; pel dott. G. Bufalini. *(Giornale internazionale delle scienze mediche*, fasc. 3 e 4, 1879).

Il dott. Bufalini dopo i risultati dell'acido crisofanico, riflettendo alla sua poca solubilità, e quindi alla sua difficile imbibizione, volle esperimentare l'acido picrico che gli è molto analogo.

Lo esperimentò in due ammalati di eczema impetiginoso, usandolo in pennellature ed in una soluzione acquosa concentrata.

Nel primo ammalato, che era un bambino scrofoloso, dopo 5 o 6 applicazioni di acido picrico ottenne la guarigione dell'eczema del cuojo capelluto e delle braccia, datante già da alcuni mesi, e già in varii altri modi curati.

Il secondo ammalato presentava da 19 giorni l'eczema impetiginoso diffuso alla faccia ed al collo. In 5 o 6 giorni di cura coll'acido picrico sciolto nell'acqua guarì perfettamente dall'eruzione alla faccia ma non guarì al collo perchè qui l'acido picrico era sciolto nella glicerina e vi produsse irritazione ed accidenti di congestione dermica.

L'Autore da queste due osservazioni ne trae che l'acido picrico ha un'azione astringente non solo sulla rete vascolare del derma, ma anche sull'apparato sudorifero, producendo anemia della pelle e la cessazione della secrezione morbosa delle glandole sudorifere.

È efficacissimo nella cura dell'eczema.

L'istologia del psoriasi; di Allan Jamieson. *(Edinburgh. medic. Journal*, pag. 622, 1879; e *Revue des sciences medic.*, n. 27, 1879).

Secondo Robinson, il processo istologico della psoriasi incomincierebbe nella rete del Malpighi per sviluppo insolito delle cellule nel punto dove confinano coll'epidermide, formando nuovi strati i quali verrebbero spinti verso l'esterno. Questi strati avrebbero una disposizione cuneiforme e coprendo le papille del derma determinerebbero incessantemente l'apparenza di una vera ipertrofia papillare.

Ora secondo l'Autore, in realtà non vi ha aumento di volume dello strato papillare. E ciò lo prova nella seguente maniera: Si prendono due papille nascenti di psoriasi che si esportano colla pelle sana in-

termediaria. Ed allora si vede che la rete mucosa di Malpighi è iperplassica al di là dei limiti apparenti delle papule, senza che a questo livello esista nè rossore nè elevatezze della pelle. Sui punti attaccati dalla psoriasi i vasi sono aumentati di volume, ma l'iperemia sembra secondaria e consecutiva alla iperplasia della rete malpighiana. Attorno ai vasi si trovano leucociti infiltrati nei diversi strati della pelle.

Nella psoriasi in via di guarigione i prolungamenti della rete del Malpighi divengono sempre più piccoli, i vasi diminuiscono di volume, e l'infiltrazione sierosa si riassorbe. La dilatazione vascolare persiste soventi molto a lungo.

L'Autore confermate le ricerche di Robinson conclude che la dilatazione vascolare e la diagnosi dei leucocisti sono fenomeni secondarii e che le lesioni cellulari sono il processo iniziale del psoriasi.

Dimostra con Bulkley le affinità istologiche del psoriasi e dell'epitelioma, ma indica come differenza fondamentale l'invasione dei linfatici in quest'ultimo, ciò che non si vede nella psoriasi.

Contribuzione allo studio dell'erpete traumatico; del dottor PAOLO ROUX. (*Thèse du Paris*, 1879).

Riporteremo le conclusioni dell'Autore:

1.° Un'eruzione erpetica può sopravvenire in seguito di un traumatismo leggiero e costituire un epifenomeno molto più importante che la stessa causa iniziale.

2.° La teoria patogenica di questa eruzione non è sempre spiegabile: può ricevere spiegazioni differenti secondo i casi.

3.° Qualche volta l'apparizione dell'erpete è preceduta da uno stato febbrile che cessa al momento stesso dell'eruzione, e che serve d'argomento alla teoria della febbre erpetica.

4.° Altre volte un erpete apparisce e si propaga senza modificazioni dello stato generale nel decorso di una stessa branca nervosa, di maniera che, in questi casi, l'influenza del sistema nervoso sulla produzione sembra essere posta fuor di dubbio.

5.° Ma quasi sempre i soggetti dell'eruzione hanno una costituzione, un temperamento, una diatesi che serve loro di causa predisponente.

6.° L'erpete traumatico è il più soventi indolente, ciò che esclude l'idea di una nevrite, e lo differenzia dal zoster.

Erpete traumatico di origine dentaria; del dott. DAVID. (*Acad. de médec.*, Paris, 9 settembre 1879).

Il dottor David narra un caso di erpete situato sulla guancia e sulle gengive e venuto in seguito ad operazione o lesione dentaria. Nota che in questo caso l'infermo poco prima della comparsa della forma cutanea era in preda ad accesso febbrile, e questa circostanza unita ad altra simile osservazione lo convincono dell'origine generale

dell'affezione. Egli però ammette con Verneuil l'influenza di una diatesi, ma lo ritiene un semplice erpete febbrile.

L'Autore dall'osservazione di altro caso d'erpete sopravvenuto sulle gengive per infiammazione della mucosa boccale viene alle seguenti conclusioni:

1.° Le eruzioni vescicolose di origine traumatica, sebbene per molti ne sia riconosciuta la cagione traumatica come iniziale, pure debbono essere considerate come effetto e come segno critico della febbre, che le precede.

2.° Bisogna dunque ammettere una febbre erpetica, come aveva già prima proposto il Parrot.

3.° Il traumatismo e le diverse operazioni praticate sui denti e nella bocca, debbono essere in generale considerate come provocatrici sia della febbre erpetica, sia dell'erpete propriamente detto.

Dell'azione irritante dell'acido crisofanico e del modo onde prevenirne la diffusione alle parti sane; del prof. A. Scarenzio. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, ettobre 1879).

Di questa pubblicazione del prof. Scarenzio ne ha trattato nella *Rivista di Farmacologia* il professor Corradi, per cui a noi non resta che di rimandare il lettore al fascicolo di dicembre 1879 pag. 494 di questa *Rivista*. Possiamo però assicurare che nuove osservazioni posteriori dello stesso prof. Scarenzio confermano i buoni risultati ottenuti.

Qualche esempio dell'impiego dell'acido crisofanico nelle malattie cutanee; di Walter Smith. (*The Dublin Journ. of. med.* pag. 193, 1879; e *Revue des Sciences Méd.*, n. 27, 1879).

L'Autore conclude che l'acido crisofanico è uno stimolante locale ma non in forza tale da produrre vescicazione od ulcerazione, è incontestabilmente utile soprattutto nella psoriasi.

Utile è pure nei morbi parasitarii, più forse come eccitante cutaneo che come parassiticida. E' efficacissimo nell'impetigine e nella pitiriasi versicolore. L'impetigine del corpo ne viene modificata quasi istantaneamente, quella del capo resiste a lungo.

Nel favo non fu ancora provato abbastanza, e nella pitiriasi e nella scabbia corrisponderà con profitto.

Crede l'Autore che l'alizarina, per affinità chimica con l'acido crisofanico, dovrà rendere grandi servigi nella cura delle dermopatie.

Della cura dell'eczema e specialmente della cura locale colla tela di caoutchouc, paragonata col metodo di Hebra; per L. Douat. (*Thèse de Paris*, 1879).

Hebra impiega un composto di empiastro di diachilon ordinario e olio di lino in quantità eguali. Si fanno delle unzioni e ricopre con flanella.

L'Autore crede all'appoggio di osservazioni comparative che la tela di caoutchou vulganizzata sia pure buon rimedio come lo è quello adoperato dal clinico di Vienna; possono essere l'uno e l'altro insufficienti, ma l'ultimo calma meglio il prurito qualche volta insopportabile dell'eczema.

Delle proprietà anestetiche dell'acido fenico nelle affezioni prurriginose della pelle; di H. Rigaut. (*Thèse de Paris*, 1879; e *Revue des Sciences Med.*, avril 1880).

L'Autore usa l'acido fenico in polverizzazione alla dose del 2 0[0 con aggiuntavi del 5 al 10 p. 0[0 di glicerina. Una sola controindicazione avvi ed è l'inflammazione. All'infuori di queste circostanze il prurito sparisce prontamente sotto l'influenza dell'acido fenico, e questo agente sembra facilitare la riparazione dei tessuti. Riferisce all'appoggio di questa conclusione varie osservazioni cliniche.

Comunicazione preliminare di un nuovo risultato di ricerche intorno alla psoriasi; del prof. Edoardo Lang (*Vierteljahresc. für Dermat. und Syphil.* 1879; e *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, ottobre 1879; e *Revue des Sciences Med.*, avril 1880).

Il Lang trova ammissibile il fatto che le macchie squamose del psoriasi possano essere prodotte da un fungo. A questo lo conduce ciò: che egli ebbe a rinvenire con grandissima regolarità elementi fungosi in alcuni strati delle chiazze psoriche.

Riservandosi a dati più precisi, in questa sua comunicazione preventiva l'Autore riferisce che: la pellicola immediata profonda residua al distacco degli ammassi scagliosi, che denomina *pellicola* del *psoriasi*, si lascia sconnettere, per cui esce sangue, locchè con diligenza si può evitare. Sottoposta questa pellicola al microscopio, si rileva costituita da diversi apparenti epitelii, e da guasti ammassi e da funghi, i cui elementi sono solo isolati, ma più spesso raggruppati, costituiti da filamenti e spore. Questo fungo lo denomina *Epidermophiton*, e non viene trovato in ogni momento di osservazione.

Secondo il Lang le spore sono ovali od arrotondate, di dimensione varia dai 6 agli 8 millim., di larghezza doppia. Sono composte di un inviluppo e di un protoplasma. Il protoplasma è molto pallido, non si mostra granuloso che ad un ingrandimento molto forte. In casi rari vi si riscontra un nodo. L'inviluppo od epispora è brillante con riflessi verdi-giallastri molto deboli, di una sottigliezza estrema, a doppio contorno. Frequente sulle spore si vedono utricoli germinativi, una sol volta l'epispora si mostrò composta di strati sovraposti. Il micelio è formato di filamenti tubuliformi di 2 a 3 m. I filamenti che giungono fino ad un millimetro e mezzo in lunghezza sono liberi all'estremità, arrotondati e sormontati da una spora oblunga separata dal tubo da un tramezzo

trasversale, il quale si mostra di tratto in tratto anche lungo la continuità dei tubi.

Il prof. Gamberini, nel dar cenno di questa comunicazione, annota come già il Paolini di Bologna avesse avuto da molti anni il concetto dell'esistenza di un fungo nella psoriasi, e come fosse stato invitato allora egli stesso a farne ricerche in proposito, e questo riescissero negative. Ora, colla promessa di ripeterle, osserva preventivamente che non sa spiegarsi come il parasita si trovi solo profondamente colle chiazze psoriache, e se per caso questo non fosse qualche fungo accidentale di quelli facili a trovarsi in molte lesioni cutanee, e se, ammessane l'esistenza, sia questa la causa del male.

Sulla combinazione del lupus e del carcinoma; di KAPOSI. (*Vierteljaresschrift f. Dermat. und Syphil.*, p. 73, 1879; e *Revue des Sciences Méd*, avril 1880).

L'Autore vide solo tre casi di lupus combinato col carcinoma, dei quali uno solo dopo l'esportazione del nodo canceroso in via di miglioramento.

L'Autore dopo aver studiati i caratteri generali di questa combinazione patologica e la loro patogenia, si domanda se non esiste fra il lupus ed il cancro qualche affinità di struttura suscettibile di spiegare il passaggio dall'una all'altra forma. Egli crede che il cancro epiteliale si sviluppi con facilità sopra i punti dove l'epitelio esiste naturalmente in grande abbondanza, sopra quelli ove la nutrizione organica esuberante ne favorisce lo sviluppo eccessivo, sopra quelli in ultimo dove il processo di corneificazione dell'epidermide vi è inceppato.

Facendo l'applicazione di queste premesse al lupus, dimostra che le condizioni richieste vi sono nel lupus ipertrofico papillare e nella varietà detta da Busch *epiteliomoide*, e descritta anche dal Lang. Questo lupus epitelioide è caratterizzato dallo sviluppo anormale di coni epidermici interpapillari che insinuano profonde branche nella sostanza del corion, e si anastomizzano fra loro. Ne risulta una rete analoga a quella dell'epitelioma, ed i cui sepimenti sono formati da epitelio puro. Vi si trovano anche globuli epidermici, ma formati da epitelio corneo incapace di proliferazione. Un grado di più; se qualche cellula cancroidale si mostra al centro dei sepimenti ed il cancroide sarà costituito.

In uno degli ammalati osservati dall'Autore sarebbe successa questa trasformazione.

La malignità anormale di questi cancroidi si spiega dallo stato anteriore dei tessuti. Nel cancroide ordinario si produce al di sotto del tumore una ipergenesi del tessuto fibroso che durante molti anni fa l'ufficio di barriera, di modo che il cancro cresce in superficie, non in profondità.

Nel lupus degenerato l'accrescimento rapido si spiega per le condi-

zioni anatomiche del tessuto preso dal lupus di cui gli elementi dapprima infiltrati, infiammati, disciolti, non sanno opporre una lunga resistenza.

Lebbra tubercolosa; del dott. Wyss. (*Corris-Blat. f. Schweiz.*, n. 4, 1878; *Movimento med. chirurg.*, fasc. 15, 10; e *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, dicembre 1879).

Un militare di anni 40 al servizio dell'Olanda dal 1860 al 1866, prima nelle Molucche, poscia a Giava, si mantenne sempre in buon stato di nutrizione, ed in caserme ben ventilate e ben disposte. Non fu mai a contatto con individui lebbrosi, ma vide nelle Indie olandesi un europeo ed un indigeno a parecchi intervalli presi dal morbo. Ora cinque anni più tardi vide apparirsi delle macchie rosse alla fronte e dopo 2 o 3 mesi alle guancie. Queste macchie andavano a mano a mano ingrandendosi, senza produrre nè dolore nè prurito.

Successivamente ne furono prese le braccia e le gambe, non soffrendo l'individuo male alcuno od indebolimento nel generale, meno nella voce che divenne fioca e nasale, ma dopo un anno.

Allo *stato presente* l'Autore trovò nel paziente un uomo robusto, tinto quasi universalmente nel corpo di un colore bruno-rossastro. I tegumenti presentavansi grossi e coperti da nodosità, gonfiezze e tubercoli, alterazioni principalmente distinte al livello delle sopracciglia, della radice del naso, mento, gote, ove dominavano l'ispessimento e l'injezione della pelle; sulla fronte trovavansi alquanti tubercoli che formavano una prominenza semi-sferica grande quanto una mezza noce.

I tegumenti ritornavano normali al limite del cuojo capelluto, alle tempia, avanti delle orecchie, ed in vicinanza delle palpebre.

Sporgenti sui punti ammalati erano gli orificii delle glandole sebacee, e la pelle appariva lucente di uno splendore affatto speciale. La fisonomia offriva una speciale rigidità, con pochissima espressione mimica; al livello della zona che separa le regioni sane dalla ammalate, la pigmentazione brunastra raggiunge il massimo di intensità.

Nessuna alterazione della sensibilità; injezione moderata della mucosa boccale e faringea; injezione livida uniforme dell'epiglottide e della mucosa laringea, senza che producesse raucedine. Considerevole injezione della mucosa delle narici anteriori ed ispessimento in questa regione della volta e dei cornetti i quali si presentavano granulosi, anemici e rivestiti di un secreto purulento; sulle pareti inferiori ed esterne delle fosse nasali eranvi nodosità granulose come escrescenze che venivano fuori dai meati. Nessuna secrezione fetida, nè molestia grandissima nella respirazione nasale. Leggera ottusità all'apice polmonale destro e null'altra al polmone.

Nessun dato ereditario; è però da notare che nelle Indie il riso viene apprestato col *sambol*, specie di salsa fatta di pesci in putrefazione e di sostanze aromatiche, e l'individuo in parola ne fece lungo uso.

È curioso poi il vedere decorsi oltre 5 anni tra il soggiorno in un paese in cui è endemica la lebbra e la comparsa dei primi sintomi morbosi.

Lebbra anestetica trattata colla estensione dei nervi; del dott. LAWRIE. (*Indian med. Gazette*, settembre 1878; e *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, dicembre 1879).

Il dottor Lawrie fece una trentina di volte l'estensione dei nervi in casi di lebbra anestetica. Assevera che ne ottenne sempre favorevoli risultati, ma non ha prove da poter dire se questi furono temporanei o definitivi. Intanto sembra che almeno un miglioramento nella manifestazione cutanea sia innegabile.

Sulla cura dell'elefantiasi degli arabi mediante l'impiego simultaneo delle correnti continue e delle correnti intermittenti; dei dottori MONCORVO e DA SYLVA ARANYO; Nota presentata dal dott. GOSSELIN all'Accademia delle Scienze di Parigi, 19 aprile 1880. *Gaz. Méd. de Paris*, 15 maggio 1880; e *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, giugno 1880).

Gli Autori tentarono contro l'elefantiasi la cura dell'uso combinato delle correnti elettriche indotte colle continue. Dagli effetti avuti conchiusero che le correnti continue hanno per effetto di rammollire, e fino ad un certo punto sciogliere i tessuti induriti, o che le correnti intermittenti provocano l'assorbimento dei tessuti, in tal modo preparati dalle prime.

Essi asseriscono di aver in tal guisa curato un certo numero di ammalati, i quali guarirono tutti.

Il dott. Gosselin relatore lamenta la mancanza di dati più precisi e dettagliati.

Un caso di tubercolosi della pelle clinicamente esaminato; del dott. A. JARISCH. (*Vierteljahrescrif. für Derm. und Syph.*, 1879 e *Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, ottobre 1879).

Al 6 di gennajo 1879 venne ricoverato nello spedale di dermatologia in Vienna un uomo con un'ulcera che circondava l'orecchio destro e di sospetta natura tubercolare.

Questo uomo aveva 42 anni, era fabbricatore di scatole, fu sempre sano, ma a 16 anni contrasse una blenorragia. Otto settimane precedenti al suo ingresso nella Clinica si accorse della comparsa di croste attorno all'orecchio sinistro, dapprima isolate che poi ingrandendosi si fecero confluenti, ed accompagnate da modico dolore. Staccate le croste apparve una superficie secca ulcerosa rosso-gialliccia, granulosa, leggermente sanguinante per aspro toccamento. La forma serpiginosa era lunga da centim. 9, i contorni dell'ulcero per 5 millimetri erano rossi, gonfi, alquanto infiltrati, mobili non delimitati come corrosi e coperti

di marcia. Le glandole cervicali lievemente gonfie, la mucosa delle fauci più rossa.

Il rumore polmonare anteriormente e posteriormente flacco, mancante l'ammorzamento cardiaco; alla parte destra posteriore superiore il rumore un poco debole; in ambo i polmoni l'inspirazione penosa, specialmente in basso a sinistra. Venne esclusa la sifilide, così pure l'epitelioma, il lupus, l'ulcero scrofoloso, e quindi fu sospesa la diagnosi scorgendosi un morbo affatto particolare.

Dopo tre settimane la malattia era allo stesso punto; fu medicato coll'olio di merluzzo. Insorse un dolore al collo prodotto da piccole ulcerazioni delle fauci, rotonde, superficiali, che presto allargaronsi confluendo.

A capo di 8 giorni il male si estese al palato molle e duro ad eccezione del terzo anteriore. L'aspetto del morbo in coincidenza col guasto polmonare permise la diagnosi plausibile di tubercolosi cutanea. La superficie ulcerata apparve del tutto granulata non con forma tubercolaro, ma rialzata.

L'Hall riferisce un altro caso consimile in cui il morbo andò mano mano estendendosi finchè l'infermo morì dopo 62 giorni colle generali manifestazioni della tubercolosi.

La tubercolosi della pelle avrebbe dopo questo caso un corso diverso e speciale da quello del *lupus vulgaris*: ecco un fatto il quale gravemente cade nella bilancia per l'opinione di Friedländer sull'identità del lupus e della tubercolosi.

Fu seguito a questo racconto uno scritto del dott. Hanns Chiari intitolato: *Sui riscontri anatomici di questo fatto e le osservazioni sopra la frequenza in ispecie delle ulcerazioni tubercolose della pelle.* In questo scritto è posta anzitutto la natura veramente tubercolosa della pelle nel fatto surricordato, esponendo minutamente i riscontri anatomo-patologici prevalentemente tubercolosi ai polmoni, visceri addominali, ecc., ed all'ulcero dell'orecchio e del palato. Conviene l'Autore coll'Jarisch sulla rarità della tubercolosi della pelle. Ne osservò solamente cinque casi, e tutti colpivano le labbra in uomini tubercolosi.

Un caso di cangrena simmetrica; comunicato del dott. PETRI in Witzenhausen. (*Berlin Klin. Wochenschrift*, N. 34, agosto 1879; e *Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, ottobre 1879).

Caso assai importante esposto nel *Giornale Italiano delle malattie veneree* con molta chiarezza e succintamente dal professor Gamberini. Eccolo:

Il dott. Petri narra la malattia da lui stesso sofferta dal febbrajo 1879 per alcuni mesi. Ha goduto in precedenza ottima salute, meno pirosi acide e flatulenze principalmente dopo pranzo.

Addì 22 giugno 1878 dopo aver bevuto birra, nella sera fu colpito da cefalalgia, spossatezza e nausea, fenomeni che durarono tutta la notte e

vennero susseguiti da febbre. Dopo una settimana si aggiunse gonfiore di milza e diarrea. La febbre col chinino e col salicilato di soda diminuiva, ma al 13.° giorno insorse intenso freddo che durò un'ora e non si ripetè. Nel giorno seguente manifestaronsi in tutto il corpo numerose macchie emorragiche simmetriche ad ambedue i lati, di varia estensione: la maggior parte mostravansi a destra e a sinistra simmetriche sulle clavicole, dipartentesi dallo sterno ed estendentisi ad ambo le spalle. Il lato sinistro era colpito come il destro profondamente sotto forma di larga emorragia. Al disotto del gomito e dell'avambraccio le macchie non erano molto intense. Simili macchie si svolsero pure sul metacarpo destro e dell'omologo ginocchio. La sensibilità cutanea nei punti affetti fu al principio maggiore, più tardi avvenne l'anestesia. Le braccia si gonfiarono, la febbre scemò, i disturbi gastrici continuarono, profusi furono i sudori nel mattino. Nella 3.ª e 4.ª settimana ovunque apparvero numerose bolle cancrenose, il cui contenuto in parte era chiaro, ed in parte colorato di sangue. Il polso fu sempre debole e, quando si potè, contaronsi 120 e più pulsazioni. Ai primi di agosto la cancrena cutanea di ambo le braccia erasi estesa, ed il processo espulsivo durò 4-6 settimane. Al principio di ottobre incominciò il processo cicatriziale, che compivasi nel gennajo 1879. In ottobre formossi una circoscritta periostite sternale che guarì in marzo senza esfogliazione. In pari tempo insorse una nevralgia intercostale sinistra accompagnata da convulsioni cloniche nel muscolo pettorale maggiore, e poscia una nevralgia destra dell' orlo interno della scapula. È notevole il guasto delle unghie fatte rugose e come scanelate.

Il dott. Petri crede di essere stata in preda ad una malattia di origine nervosa centrale, ossia del simpatico, che corrisponderebbe probabilmente all' eritema essudativo di forma emorragica descritto dal Lewin.

Un caso di scrofuloderma ulcerativo; del dott. Arturo Van Harlingen, di Pensilvania. (*Archiv. of Dermat. und Vener. Diseases*; e *Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, giugno 1879).

Un uomo di 70 anni, americano, nato da parenti sani, e sempre prima della presente malattia in buon stato di salute.

Ebbe 11 figli, uno dei quali morì a 22 anni di consunzione; un altro sofferse di gravissimo ulcero alla nuca, e morì per grave emorragia. Un altro figlio ebbe un tumore al ginocchio per contusione, susseguito da fistola diuturna; gli altri sette figli sono sani.

Quest' uomo a 50 anni, notò un guasto cutaneo, cioè una gonfiezza che crebbe gradatamente e divenne arrossata, e fu seguita da macchie rotonde, piccole, scagliose, secche, indolenti, grigie e debolmente arrossate ai piedi ed alle gambe. In dieci anni sembra che la malattia si fosse estesa alle dita e ad altre parti, avendone però sempre un miglioramento durante la stagione estiva.

All'età di 64 anni, subì il vajuolo, dopo il quale la malattia cutanea si fece più marcata, e prurriginosa, e le papule, al contrario di quello che era successo prima, si fecero gementi ed indi crostacee. Allora il male fecesi rapido, e si estese alla faccia, formandosi ulceri, alcune delle quali cicatrizzarono presta, altre no.

Nel generale l'ammalato aveva nulla sofferto, solo si infreddava facilmente, ed era di morale depresso.

La malattia progredendo rapidamente, l'ammalato moriva con profondi guasti interni ed esterni, fin sulla lingua.

L'Autore dice che questo guasto è affatto nuovo, ed esclude la lebbra e la tubercolosi cutanea del Bizzozero, e conclude denominandola dermoscrofolosi ulcerativa.

Dermatite esfogliatrice dei neonati; del dott. Ritter. V. Rittershain. (*Centralzeit; f. Kinderheilkunde*, 1878. N. 1).

L'Autore osservò all'ospedale dei neonati di Praga la dermatite esfogliatrice, malattia che conduce a morte circa la metà dei bambini attaccati.

È propria quasi esclusivamente dei bambini nei loro primi giorni di vita, ed incomincia con desquammazione dell'epidermide furfuracea, od anche a lembi, a cui succede lo stadio di eritema. In questo il rossore apparisce dapprima sulla metà inferiore della faccia e si estende successivamente o simultaneamente a quasi tutti i tegumenti esterni; si producono delle fessure nel medesimo tempo alle commessure labbiali, e si mostra la perdita di frammenti di sostanza coperti di un intonaco bianco verdastro. Fino a questo punto il piccolo ammalato in generale non ha febbre, continua a poppare, digerisce bene ed aumenta di peso.

In seguito si produce l'esfogliazione; l'epidermide si solleva, per un sottilissimo strato di liquido essudato, apparisce a rughe e come increspata, è macerata, rammollita, e si rompe formando dei grorsi lembi, che lasciano, cadendo, delle larghe superfici rosse e denudate.

Queste chiazze decorticate, si essicano in seguito, diventando rosso brune, altre volte si ricoprono di croste poco ispessite, più o meno aderenti.

Non è raro che i piedi e le mani ne siano interamente spogliati, frattanto in generale, le membra inferiori sono meno compromesse che le superiori ed il tronco.

Vi hanno pure forme abortive, che, almeno sul principio, possono ricordare la migliara, l'eczema ed il pemfigo.

Dopo la essicazione delle superfici spogliate, avvi in generale una desquammazione secondaria. La malattia si svolge nello spazio dai 7 ai 10 giorni.

Come affezione consecutiva non è raro l'eczema, e più frequente ancora lo sviluppo di furuncoli multipli, che aggravano di molto il pro-

nostico, perchè possono produrre estese suppurazioni ed anche placche gangrenose.

All'autopsia nessuna alterazione viscerale caratteristica.

Il contagio diretto sembra poter essere negato assolutamente.

Osservazione di orticaria pigmentata; del dott. Alberto Morrow. (*Archiv. of Dermat.* janvier 1879, e *Revue des sciences médical.* N. 27, 1879).

L' Autore sotto questo titolo riferisce una dettagliata osservazione che presenta i seguenti cacatteri:

1.° Lo sviluppo nei primi mesi di vita;

2.° L'esistenza sulla pelle di chiazze eruttive somiglianti a quelle della xantelasma. Queste chiazze sembrano costituire il secondo stadio di una eruzione di orticaria anormalmente persistente imperocchè esse al principio ne hanno tutti i caratteri. In due o tre settimane diminuiscono gradatamente e scompajono, lasciando una macchia somigliante al cloasma.

L'eruzione può farsi generale od a tratti, interessare la faccia, i palmi delle mani, le piante dei piedi, ed anche le mucose. Diminuisce in estate aumenta coll'inverno, e recidiva parecchie volte sugli stessi punti;

3.° La presenza simultanea dell'orticaria cronica caratterizzata da irritabilità della pelle, prurito abituale, placche di orticaria, sotto l' influenza delle cause più leggiere.

L' Autore ritiene questa malattia una forma di orticaria nella quale la pigmentazione e l'ingrossamento della pelle si spiegano per la lunga durata dell'infiammazione.

Dell' Orticaria; Lezione del prof. E. Vidal. (*Annal. de Dermatol. et de Syphiligraph.* juillet 1880).

L' Autore in alcune preparazioni micrografiche mostrate da lui alla Società medica degli ospedali, e fatte sopra una sezione di un pezzo di elevatezza di orticaria, dimostra che i vasi dei reticoli superficiali e profondi del derma sono dilatati ed ingorgati di sangue, senza alterazione delle loro pareti. Sono contornati come i linfatici da una grande quantità di leucociti, in alcuni punti in ammassi e gruppi, e molti isolati fra le maglie del tessuto connettivo.

L'epidermide subisce delle alterazioni analoghe a quelle delle lesioni vescicolose, nei casi eccezionali ove vi ha formazione di una vescicola sopra un'elevatezza d' orticaria, del resto presentasi normale. In un taglio fatto sopra questa lesione complicante l'orticaria trovò la vescicola contenente un liquido sieroso albuminoide, e frammenti di cellule epiteliali. Le cellule dello strato medio, a spese del quale si era fatto il sollevamento, erano per la più parte vescicolose. Le cellule dello strato profondo erano torbide e granulose. I leucociti in migrazione fra le cellule dello strato prfondo dell'epidermide erano numerosi.

L'Autore da questi preparati spiega il processo dell'orticaria in un eccitamento dell'azione dei nervi vaso-motori, seguita subito dopo dalla contrazione dei capillari cutanei, poi subito dalla loro paresi e congestione con rallentamento della circolazione. Da ciò, al centro della lesione la diapedesi dei leucocisti e la suffusione sierosa, l'edema acuto manifestantesi colla rilevatezza biancastra.

Riprodusse artificialmente, l'Autore, una lesione analoga injettando nelle spessore del derma qualche goccia di acqua.

L'orticaria in seguito all'uso del salicilato di soda; del dottore HEINLEIN. (*Aerztliches Intelligenzblatt*, 1878, N. 15, e *Morgagni*, febbrajo 1879).

Un uomo di anni 50, sano fino all'età di anni 21, ammalò a quest'epoca per forte reumatismo che guarì lentamente, ma che in seguito recidivò varie volte.

Nell'ultima recidiva lo vide il prof. Leube e gli rinvenne tumida l'articolazione del cubito e ginocchio destro e dolentissime queste parti. Nei primi 10 giorni gli si amministrò ogni ora 1[2 grammo di salicilato di soda ma senza vantaggio. Allora in una sol volta gli si fecero prendere 4 grammi dello stesso farmaco. Alla sera dello stesso giorno gli si manifestò prurito insopportabile, temperatura 38°,8, polsi 90, urina albuminosa. Seguì però un miglioramento nel decorso del reumatismo, ma dopo 4 giorni essendo tornati i dolori gli si amministrò di nuovo una forte dose di salicilato di soda. Un quarto d'ora dopo l'ammalato accusò dolori urenti alla fronte e cinque minuti dopo bruciore intenso alla pelle del metacarpo destro, alle palpebre edema con alone rosso all'intorno. Il rossore si diffuse all'orecchio sinistro e al collo; il labbro destro si fece edematoso. Si aggiunse prurito all'epigastrico ed all'addome, ed eruzione di parecchi pomfi pallidi sopra un fondo arrossito. Dopo pochi minuti il prurito si estese a tutto il corpo, e si ebbero pomfi alle estremità inferiori, alle superiori anasarca con arrossamento della cute. Un'ora dopo scomparvero i pomfi, il rossore durò 2 o 4 ore. Dopo qualche ora ancora l'urina non conteneva più albumina. Il secondo giorno tutto era finito. Dopo sei giorni fu fatto un nuovo esperimento col salicilato e si ebbe il medesimo effetto, che si ripetè poi in ultimo dopo altra presa del medicamento.

Osservazioni sulla dermatite esfoliatrice generalizzata; del dott. E. BUCHANAN BAXTER. (*Brit. med. journ.* juillet 1879, e *Revue des sciences med.* avril 1880).

Ecco le conclusioni alle quali addiviene l'Autore:

1.° La dermatite esfoliatrice generalizzata è caratterizzata da una propagazione progressiva dell'eruzione alla superficie di tutta la pelle ed un'invasione di tutti gli strati epidermici. I caratteri secondarii che hanno servito a stabilire delle suddivisioni, non sono costanti, sono gradi

della malattia, la quale passa dalla semplice iperemia ad un' infiltrazione flemmonosa; le unghie possono essere eliminate o completamente distrutte la superficie cutanea, può esse secca, frastagliata da fessure anche profonde nel senso della flessione delle membra; il corpo papillare può essudare un poco di liquido sotto squame epidermiche;

2.° La dermatite esfoliatrice generalizzata si può mostrare di botto in un soggetto fino allora affatto sano. Può anche apparire in persone seggette a forme di dermatosi costituzionali, che col ripetersi ed estendersi prendono l'aspetto della dermatite esfoliatrice generalizzata con tutti i suoi caratteri;

3.° La malattia rara, conosciuta sotto il nome di pemfigo fogliaceo, è alcune volte difficile a differenziare dalla dermatite esfogliatrice generalizzata, complicante le altre affezioni cutanee. Il pemfigo recidivo tende, sebbene raramente a prendere questa forma; argomento questo in favore della sua natura erpetica; ed allora il pemfigo fogliaceo sta al pemfigo ordinario, come la dermatite esfoliatrice generalizzata all'eczema od alla psoriasi volgare;

4.° Vi hanno ragioni per credere che la *pitiriasis rubra* di Hebra non sia che una forma cronica della dermatite esfoliatrice, che si lega alle forme le più acute per una serie di fasi transitorie;

5.° Quando la malattia segue il proprio corso, senza interruzione, tende alla morte, che può essere pronta. In questo caso l'emaciazione è eccessiva, l'adinamia profonda, si osserva anche la diarrea, albuminuria, febbre remittente, edema polmonare. Altre volte la durata può essere abbreviata da una complicazione, per esempio, una polmonite;

6.° Il pronostico è sempre grave, soprattutto nei bambini, ed altrettanto più grave quando la malattia si estende rapida, che infiltra i tessuti profondamento, e che è refrattaria ad ogni cura. Le ricorrenze acute, nelle forme croniche, sono essere pure molto dannose;

7.° Cura: Le applicazioni oleose devono essere preferite ai bagni, ed alle lozioni. Internamente bisognerà amministrare il chinino, nelle forme più acute, o l'arsenico nelle croniche. In qualche caso la malattia è refrattaria ad ogni cura. La debolezza reclama gli stimolanti, il dimagramento l'olio di fegato di merluzzo. Bisogna evitare l'accumulo sotto l'epidermide dei liquidi secreti, onde evitare gli ascessi multipli.

Caso di mollusco verrucoso presentante certe particolarità poco comuni; del dott. James Nevius Hyde. (*Edimb. med. Journal* p. 687, 1880, e *Revue des sciences med.* avril 1880).

È un caso importante per la diagnosi, eccolo:

Un uomo di 35 anni, senza precedenti morbosi ereditarii nè specifici nell'anno 1878 in estate, vide svilupparsi sulla natica sinistra una serie di piccole elevatezze della grossezza di una testa di spillo, che durarono per più di un anno e scomparvero poi lasciando piccole cicatrici rossastre e depresse. Dopo tre mesi l'affezione ricomparve alla natica prima affetta, alla coscia ed alla regione lombare.

Le papule erano assolutamente indolenti e non provocavano alcun pisturbo funzionale; la salute generale di quest'uomo era assolutamente buona. Gradatamente la dermatosi invase il tronco, le coscie e le braccia, lasciando immuni la faccia e l'estremità inferiore delle gambe. Le lesioni erano disposte simmetricamente in rapporto all' asse del corpo, il loro massimo di confluenza era alla regione delle natiche. L'eruzione si presentava composta di piccole papule arrotondate, grosse quanto un grano di miglio, esattamente globulari, senza ombelicazione, nè peduncolo. Erano solide non ricoperte da crosta, ne sembrava prendessero radice dai follicoli pilo-sebacei. Il loro colore era bianco-latteo, che simulava bene una pustola vicina in suppurazione. Pungendole queste papule con uno spillo non usciva che sangue, ed alla lente non lasciavano vedere alcun orificio glandolare.

Questa eruzione persistette durante i mesi d' estate del 1878, e durante questa stagione l'ammalato traspirava moltissimo: gradatamente le papule andavano diminuendo, finchè nel gennajo 1879 erano affatto scomparse lasciando delle macchie rossastre. Nell'aprile successivo fuvvi novella recidiva, sebbene meno confluente, e questa era guarita nel luglio.

L' Autore dopo avere discusso il lato diagnostico di questa forma crede si tratti di un' affezione poco comune appartenente al gruppo generico dei molluschi, ma molto differente per la sede anatomica, e per i caratteri clinici dal mollusco contagioso, il quale è di origine glandulare.

Sopra un caso di Xantelasma multiplo; del dottor CALCOTT FOX. (*Gaz. Med. de Paris*, dicembre 1879, e *Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, aprile 1880).

Una giovane di anni 21, nata da una famiglia ove dominava la gotta ed il reumatismo, era sempre stata gracile e delicata. Verso il 14.° anno si arrestò il suo sviluppo. A 15 anni fu mestruata ma da principio irregolarmente. All'età di 15 o 18 mesi la sua nutrice notò sul suo dorso delle macchie bianco-giallastre somiglianti a ribes bianco. Queste aumentarono e divennero confluenti.

Verso l'ottavo anno in seguito a leggiero attacco di vajuolo, apparvero altre macchie simili alle ginocchia. A 10 anni ebbe un' espulsione di orticaria seguita da violenti dolori alle membra. A 15 anni soffrì di gonfiamenti che occuparono a volta a volta le differenti articolazioni falangee e metacarpo falangee, che furono attribuiti alla gotta. A 17 anni apparirono tubercoli xantelasmici all' anello delle due dita grosse dei piedi. Si osservarono nel medesimo tempo dei tubercoli simili negli spazii interdigitali.

Nel 1879 il sig. sig. Fox scoprì per la prima volta in questa ammalata due tubercoli della medesima natura, e della larghezza di uno scellino, che occupavano la faccia posteriore di ciascun gomito. Nulla eravi

al palmo delle mani, alla pianta dei piedi ed alle palpebre. Il fegato ed urina normali.

L'esame istologico delle principali di queste piccole chiazze diede: caratteri del xantelasma, e struttura identica a quella descritta dallo Chambard. Gli strati epiteliali non partecipavano all'affezione, ma le cellule profonde racchiudevano il pigmento giovane. Il corion era infiltrato sopratutto nel suo strato medio superiore di cellule poligonali più o meno rotonde quasi grosse da somigliare a cellule di grasso. Queste cellule contenevano da uno o più nuclei, circondati dalla massa opaca e granulosa che distendeva la parete cellulare. Cellule adipose accumulate in gran numero verso il centro dei tubercoli; tessuto fibroso accresciuto. Eravi stato insomma un processo inflammatorio che terminava in una abbondante proliferazione cellulare; e vi era stata degenerazione grassa, ossia (Virchow, Waldeyer, Kaposi) infiltrazione oleosa delle cellule di nuova formazione.

L'Autore non osservò l'ingrossamento delle pareti delle arteriuzze del neuritema e delle capsule delle glandule linfatiche trovato da Chambord.

Un caso di degenerazione colloide del derma, affezione non descritta, nè denominata, o denominata impropriamente colloide milio; del dott. E. Besnier. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, giugno 1880).

All'ospedale di S. Luigi a Parigi, entrava nel luglio 1879 un uomo di 46 anni, affetto da pitiriasi. Oltre questa malattia presentava anche sul viso un' eruzione singolare che occupava il dorso del naso, le regioni orbitali e temporali, ed era costituita da piccole rilevatezze brillanti, translucide, citrine, della grandezza variabile di un grano di miglio a quello di frumento.

Raschiatene alcune si vide il cavo del piccolo cucchiajo pieno di materia colloide. Venne pure trovata una sporgenza analoga a quelle vedute sulla pelle e sulla mucosa della narice sinistra; sulla congiuntiva bulbare di ambedue gli occhi si notavano delle piccole masse lisce, lobulate, mobili e somiglianti alle masse colloidi della pelle. Nessun'alterazione negli organi interni. L'ammalato fu curato colla raschiatura e colla applicazione dopo del cerotto di Vigo e jodoformio.

L'esame istologico, tanto delle masse raschiate, come di piccoli pezzettini di pelle esportati dimostrò che gli elementi eruttivi, citrini, che componevano l'eruzione erano costituiti da masse colloidi, aventi per sede lo strato superiore del derma, per trama anatomica il tessuto connettivo, e per punto iniziale possibile o probabile la rete vascolare della regione. Le papille e le ghiandole erano come comprese dal tessuto patologico, e atrofizzate nei punti ove la massa aveva preso uno sviluppo relativamente considerevole; gli elementi nervosi erano o sembravano intatti.

L'Autore crede che se il Wagner il quale aveva fatto solo l'esame

microscopico della materia colloide di quest' affezione in altro ammalato, avesse esaminato anche il derma, non la avrebbe detta colloide milio, ma vedendone il substrato non limitato alle sole glandole sebacee, ci avrebbe data altra denominazione.

Anatomia patologica dell'Acne varioliforme; del dott. J. Renaut. (*Annales dermatol. et de syphiligraph.* juillet 1880).

L' Autore nel 1870-71 fece studii di analisi istologica dell'acne varioliforme, dai quali concludeva che il comedone ne era di natura cornea, che le cellule sebacee diventavano globulose e si trasformavano in bolle minuscole cornee saldate sulle estremità loro dalla sostanza cementare che lega gli elementi cellulari del corpo di Malpighi.

Quest' opinione venne contradetta da Vidal il quale ammise che le cellule del corpo mucoso subiscono nella cavità glandolare affetta, una lesione particolare di nutrizione chiamata *trasformazione colloide*, e che il comodone centrale e formato dall'accumulo delle cellule così modificate e riempite da una materia vetrosa.

L' Autore in faccia a cotesta contradizione ripigliava i suoi studii istologici, che qui sarebbe troppo lungo il ripetere per esteso, e che per la loro natura e modo di esposizione non possono essere ristretti.

Da essi Renaut conclude che in ciascun bottone di acne varioliforme le cellule del Malpighi hanno una tendenza a diventare globulose, e il protoplasma della loro zona centrale perinucleare è la sede della modificazione.

Questa in luogo di essere un deposito di grani adiposi, come ha luogo nella glandola sebacea normale, consiste nella produzione di una sostanza jalina particolare che si colora in bruno-aranciato sotto l'influenza del picrocarminato di ammoniaca.

Le cellule così modificate subiscono la trasformazione cornea regolare, e la materia del protoplasma, che forma la bolla centrale si trasforma in un globo corneo, le zone corticali si cheratinizzano e si fondono e si saldano.

La *trasformazione globulosa* non è una lesione degenerativa, perchè la cellula sopravvive e subisce la degenerazione cornea, per cui questo termine dovrà sostituirsi a quello di degenerazione colloide.

Termina l' Autore facendo notare che il *molluscum* di Bateman si avvicina più ai tumori propriamente detti, ed agli epiteliomi in particolare che alle produzioni acneiche. E si distingue dall' epitelioma lobulato, perchè nel tumore varioliforme le isole di cellule cornee simulanti globi epidermici sono sempre situati al di là di una linea granulosa infiltrata d'elaidina, linea all' infuori della quale si trovano delle cellule globulose colorate in bruno aranciato dal bicromato d'ammoniaca.

Mollusco pendulo esteso; del dott. Suignez; dal giornale *Revista especial de oftalmol., sifiligr., dermat. y affeccion. urin.*, di Madrid., marzo 1880; (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, giugno 1880).

T. F. d'anni 74, di costituzione robusta e di buona salute, entrava all'Ospedale per indigestione, e presentava quasi tutta la superficie cutanea coperta da enorme numero di tumori di vario volume, dal grano di miglio ad una noce grossa, del colore normale della pelle, che però complessivamente osservati avevano nell'insieme un aspetto manifestamente bronzino. Il dorso, il petto, la faccia ed il ventre sono le parti in cui l'eruzione di tali tumori è maggiormente confluente, dando all'assieme dell'individuo un aspetto il più orrido che si possa vedere nella specie umana.

Ne fu colpito anche un fratello dell'ammalata, e tutti e due nacquero colla pelle coperta di granuli piccoli e non tanto numerosi, ma nella paziente T. F. si andarono aumentando in numero per espulsioni ripetutesi ogni 10 anni, e principalmente dopo l'età critica.

Nessuna influenza tale infermità esercitò sul fisico dell'ammalata.

Un tumore esportato risultò formato da iperplasia di un follicolo sebaceo.

Sulla porrigine decalvante; del prof. Casarini. (*Imparziale*, 16 maggio 1880). — **Il percloruro di ferro in alcune malattie cutanee**; dello stesso. (Idem, e *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, giugno 1880).

Il prof. Casarini in una comunicazione fatta alla Società Medico-Chirurgica di Modena sulla controversia se la tigna decalvante si debba o no ritenere prodotta dal *Microsporum Audoini*, non avendo trovato questo parasita, ritiene questa malattia una trofoneurosi. Come cura consiglia l'olio di crotontilio.

Lo stesso prof. Casarini ebbe buoni effetti dal percloruro di ferro in una scrofulide ulcerosa alla faccia, ed in un'ulcera scrofolosa ad una gamba.

Nel primo caso adoperò la soluzione allungata con dose doppia di acqua.

Nel secondo una pomata di 2 gram. in 30 di sugna.

Si crede da alcuni che il percloruro di ferro giovi per uso interno nella forfora semplice ed emorragica, nella rupia, nell'ectima cachetico, nell'impetigine delle anemiche, alla dose di 10 a 20 goccie al giorno.

Per uso esterno sarebbe stato raccomandato nella psoriasi subacuta, nel lichene eczematoso, nell'eczema impetiginoso.

Un caso di tigna estesa; del dott. Galliard (*Annales de dermatolog. et de syphiligraph.*, janvier 1880).

Galliard riferisce una storia di tigna favosa che si sviluppò per con-

tagio in una ragazza. In dieci anni questa malattia dal cuojo capelluto passò successivamente alla faccia, alla parte dorsale delle mani, indi alle ginocchia, al collo, alle membra superiori ed alle altre parti del corpo. È a notare che il favo mostrava le sue caratteristiche più salienti alla faccia.

Noi pure ricordiamo di un simile caso veduto nella clinica del professore Scarenzio, nel quale la tigna era estesa dal capo fino ai piedi con predominio maggiore nelle estremità principalmente inferiori.

Dell'eziologia e profilassi dell'alopecia prematura; di L. Ellinger (*Archiv. f. path., Anat., med., Phys.*, n. 77, pag. 549).

L'Autore frammezzo alle varie opinioni sulle cause della calvizia precoce crede che una delle cause, specialmente della forma frontale, sia l'uso di lavare quotidianamente il cuojo capelluto. Egli avrebbe rilevato questo fatto in 85 sopra 100 persone che hanno questa abitudine.

Avvi un'altra forma di alopecia che incomincia ai lati dell'occipite od alla sommità del capo, e questa secondo l'Autore sarebbe dovuta all'abitudine di imporre ai capelli di queste parti una posizione forzata con cosmetici o pomate. Questa forma però non è così completa e chiara come la prima.

La forma di alopecia frontale si produrrebbe perchè l'acqua bagnando i capelli quotidianamente, il loro strato esterno si essica facilmente, ma al di sotto essa forma colle pellicole epidermiche e la materia sebacea una emulsione che essiccandosi si indurisce, ostruisce il canale di sortita del capello e lo atrofizza.

Quanto alla cura non bisogna contarvi. L'Autore come profilassi raccomanda a coloro nei quali incominciano a cadere i capelli, l'uso della spazzola di acciajo ben confezionato, che porta via i capelli ammalati a vantaggio dei sani.

Si useranno pure con profitto le frizioni con sabbia fina, processo che l'Autore ha raccomandato anche nella cura degli esantemi cronici secchi, e del quale si loda moltissimo.

Dell'alopecia generale ne' suoi rapporti coll'epilessia; del dott. Gowers. (*Medic. Times and Gazette; Gazette Médicale de Paris*, marzo 1879; e *Morgagni*, dispensa IV, 1879).

Gowers riferisce due osservazioni:

Nella prima si tratta di un uomo di 54 anni senza antecedenti sì di sifilide che di malattia nervosa ereditaria. All'età di 11 anni in seguito ad attacco reumatico cominciarono a cadergli i capelli a clocche ed a 30 anni era affatto calvo. A 48 anni perdette i baffi e le ciglia e le sopracciglia, e poi gli altri peli del corpo. A 50 anni fu preso dal primo accesso di epilessia.

Nella seconda osservazione si tratta di un uomo di anni 49, il quale era epilettico dall'età di 5 anni, e che non aveva esso pure antecedenti

sifilitici od ereditari. Aveva perduti i capelli a 25 anni in seguito a grave malattia. L'epilessia era comparsa dietro una ferita alla testa.

L'Autore nota che non si può ancora trarre deduzioni sicure da queste coincidenze, pure molti fatti attesterebbero che non è affatto accidentale. L'alopecia infatti può tener dietro a differenti disordini del sistema nervoso.

Osservazioni sull'alopecia areata; del dott. Eicherst P. Hermann (*Archiv. f. path., anat., und Physiol., und der klin. Med.*, 8 Band, 2 Heft, 10 novembre 1879; e *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, aprile 1880).

Nelle contrarie opinioni se l'alopecia areata sia o no di natura parassitaria l'Autore ebbe ad esaminare 9 ammalati, e ripetutamente da 30 a 50 peli. Nell'estrarre il pelo notò che mancavano dell'involucro radicale; in generale scorgevansi cellule isolate che dalle parti inferiori della capsula radicale, rimanevano attaccate al bulbo pilare, il quale era ordinariamente molto esile e scorrente a punta, e con tale obiettività che più o meno esattamente fu da taluno descritta quale atrofia bulbare, nel resto del pelo nessun cangiamento.

In un ammalato trovò le spore del fungo nei due terzi superiori del follicolo pilare; per cui l'unico cangiamento recato al pelo era un'atrofia da compressione, e quindi suppose la mancanza di una copiosa massa di spore nella parte bassa del follicolo.

Crede l'Autore che coteste spore somiglino a quelle della *pitiriasi versicolor*.

In conclusione l'Eicherst opina che sebbene molti Autori non credino più alla natura parassitaria di questa dermopatia, pure è certo che ne esiste una forma la quale è originata dal parassita.

Per cui non conviene nella cura limitarsi agli irritanti ed ai ricostituenti, ma conviene ricorrere ai liquidi alcoolici ed eterei, che impediscono lo svolgimento dei funghi. E come parassiticida propone una pomata composta di 3 parti di salicilato di soda, 2 di acido carbolico e 40 di grasso.

Ricerche sperimentali ed anatomiche sulla risipola; del dottor Tillmanns (*The Edimb. Med. Journ.*, gennaio 1880; e *Il Morgagni*, maggio 1880).

Il dott. Tillmanns fece 25 tentativi di inoculazione di prodotti della risipola dagli ammalati sui sani, ed ebbe solamente 5 risultati positivi.

I conigli inoculati con linfa o pus preso dentro l'area resipelatosa di uomini ammalati mostrarono l'esatta riproduzione della malattia da non distinguersi da quella dei soggetti umani.

In un caso dopo l'inoculazione col contenuto di una bolla resipelatosa, che in altri esperimenti aveva prodotto una notevole febbre, com-

parve in un punto lontano dall'inoculazione un ascesso accompagnato da febbre e diarrea.

Questo fatto per l'Autore è somigliante a quelli in cui dopo una leggiera escoriazione di un dito la risipola si mostra in parte lontana, o a quelli in cui un'apparente risipola primaria della faccia si svolge ove già esisteva una lesione di continuità nelle vicinanze della mucosa della cavità.

In quattro dei cinque casi con esito positivo, il rossore e la febbre comparvero simultaneamente dopo 24 ore dall'inoculazione. Nel quinto caso i sintomi locali comparvero 45 ore dopo; la puntura e la febbre 24 ore più tardi.

In tutti i casi positivi il liquido injettato conteneva bacterii.

L'Autore da questo ne trae che la risipola è malattia trasmissibile e moderatamente contagiosa, e che la sostanza infettante rimane confinata nell'area risipelatosa. Ha inoltre trovato che l'aggiunta di una soluzione di acido carbolico nella proporzione dal 2 al 4 p. 100 rende assolutamente inefficace il liquido, che prima era stato provato sufficientemente attivo.

Perfezionamento della cura delle macchie vinose col mezzo della scarificazione lineare; di Balmanno Squire. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, dicembre 1879).

I lettori di questa *Rivista* ricorderanno come nel fascicolo di gennaio 1879 è fatto cenno della cura di Squire contro le macchie vinose, il lupus ed altre malattie cutanee, mediante lo scarificatore lineare. Quell'articolo era stato tolto da una lettera dello stesso Autore al *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, dove questi descrive il suo istrumento ad *hoc* ed il metodo di operazione.

Ora a quel metodo vennero fatti degli appunti, e cioè: 1.° la molteplicità delle sedute che si richiedevano; 2.° la non completa obliterazione dei vasi ottenuta. Egli è perciò che lo Squire modificava il suo processo col dare alle molteplici e sottili incisioni una direzione obliqua anzichè verticale.

Con questa semplice modificazione l'Autore è persuaso di aver tolto gli inconvenienti al suo metodo di cura, e glielo prova il fatto. Quanto ai dettagli di questa modificazione meglio è lasciar parlare l'Autore stesso: « Bastano poche parole per esporre i dettagli della modificazione fatta al primo metodo operativo. Come con quest'ultimo io incido la pelle obliquamente, con due serie di tagli che si intersicano perpendicolarmente fra loro. Per maggior intelligenza della cosa chiamiamo le incisioni pararelle di longitudine e di latitudine secondo la loro direzione. Praticando la prima serie di incisioni opero in modo che nelle incisioni di longitudine la obliquità del taglio volga ad est — in quelle di latitudine a sud. — Nella seconda serie di incisioni, che eseguisco la settimana dopo, opero in modo che nei tagli di longitudine

[illegible] a nord nei tagli di latitudine. Di- [illegible] operativo, faccio la seconda serie di [illegible] tagli della prima serie non mutando che [illegible] l'obliterazione dei vasi di una macchia [illegible] una quindicina di giorni; le macchie poi [illegible] intero o pezzo per pezzo.

[illegible] terapeutici in dermatologia (crisarobina, [illegible] per R. CAMPANA. (*Giornale italiano delle malattie* [illegible], giugno 1880).

[illegible] scritto anteriore aveva già parlato dell' efficacia [illegible] nella cura della psoriasi ed in altre forme, e addiveniva [illegible] seguenti:

[illegible] (*acido crisofanico*) è un eccellente rimedio nella [illegible] sue osservazioni può giovare anche nelle forme più [illegible] curato con questo rimedio (psoriasi guttata).

[illegible] se ne abbia il bisogno, a far riassorbire i sifilo- [illegible] e tubercolo-ipertrofici; fa riassorbire la infil- [illegible] accompagna ai tubercoli luposi; nonchè detti noduli lu- [illegible] provocare soluzione di continuità del tessuto su cui [illegible] lupus può dare risultati favorevoli specialmente se coa- [illegible] dalla abrasione.

[illegible] a riassorbire tubercoli e gli infiltramenti maculosi [illegible] antica data.

[illegible] conducere che detto rimedio non previene le recidive [illegible].

[illegible] riassorbimento degli infiltrati eruttivi non facilita la ir- [illegible] nuove manifestazioni [illegible] stato generale del pa- [illegible].

[illegible] pilocarpina per inje- [illegible] mezzo. L'ado- [illegible] risultato, mentre [illegible] confrontati con [illegible], inducono l'Au- [illegible] pilocarpina [illegible] diaforesi di distacco [illegible] temperatura di [illegible] nutrizione [illegible].

[illegible] pilocarpina negli individui [illegible] diminuita nutrizione [illegible] esaurienti, gli [illegible] indipendentemente [illegible].

[illegible] pilocarpina [illegible] dall' Autore in un caso [illegible].

Nell'eczema polimorfo ha pure avuto da lodarsene nel coadjuvare la cura degli unguenti dissecanti.

Rapida guarigione di un caso di psoriasi ottenuta per mezzo di forte dose di preparato arsenicale, senza fenomeni di intossicazione; del dott. Chiamenti. (*Lo Sperimentale*, ottobre 1879; e *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, aprile 1880).

Il dott. Chiamenti ad un ammalato di anni 30 ordinava contro la psoriasi l'uso della gelatina titolata arsenicale del farmacista De-Cian di Venezia, contenenti ciascuno 2 milligrammi di acido arsenioso, colla prescrizione di prenderne 2 al giorno per una settimana, e dopo di aggiungerne un terzo, cioè 6 milligrammi al giorno.

L'ammalato in due giorni invece prese l'intera dose (10 centigrammi di acido arsenioso) senza regola alcuna, senza sentire nè intolleranza, nè nausea, vomito od altro, e presentavasi all'Autore in stato di miglioramento tale che dopo poco tempo senz'altro era affatto guarito.

L'Autore mentre raccomanda la prudenza nell'amministrazione dell'arsenico, rileva la grande tolleranza di alcuni popoli a questo medicamento, e dubita che alcune volte l'eccessiva prudenza nelle dosi possa essere causa degli insuccessi.

Conclude quindi col dire che farebbe bisogno di uno studio clinico costante ed ostinato per stabilire il grado di tolleranza che ottennero gli ammalati di psoriasi, di tisi, ecc., per l'acido arsenioso, onde averne tutti i vantaggi possibili dalla sua amministrazione.

Della cura del lupus colle scarificazioni lineari; di Vidal. (*Bullet. de l'Ac. de med.*, 2.ª serie, I, VIII n. 47; e *Revue des sciences med.*, avril 1880).

L'Autore invece delle raschiature adopera nella cura del lupus le incisioni lineari, le quali corrispondono allo scopo di operare appena sui punti ammalati, e sono meno dolorose pel paziente.

Vidal operò su 120 ammalati e più. Sulle superfici estese di lupus eritematoso fa delle lunghe incisioni paralelle più vicine fra loro che è possibile, indi ne pratica altre obliquamente o perpendicolarmente a quelle, avendo di mira di passare coll'istrumento su tutti i tubercoli di lupus ulcerato o no. Bisogna cercare di guadagnare tutto lo spessore e scarificare i bordi con una cura minuziosa, perocchè sono questi bordi che costituiscono la zona d'invasione che importa più di tutto di modificare.

La perdita di sangue è di poca importanza e per la quantità e perchè cede subito.

Ogni seduta viene fatta alla distanza di 6 ad 8 giorni, e dopo cinque o sei sedute si ha apparenza di guarigione, ma si vedono ancora attraverso alla cicatrice dei piccoli punti giallastri, dei tubercoli piccolissimi, e questi importa moltissimo di distruggere passando ancora sulla

cicatrice coll'ago. La cicatrice che si ottiene da ultimo è liscia, bianca, soffice e non depressa.

Conclude quindi l'Autore:

1.° Che la cura colle scarificazioni nel lupus in confronto alle altre è più sicura, meno dolorosa, e più certa contro le recidive, e lascia cicatrice più soda e meno irregolare.

2.° Che è applicabile a tutte le varietà di lupus ed in tutti gli stadii, meno al lupus eritematoso ed acneico, contro i quali è impotente.

Trattamento delle dermatosi nei bambini; di Simon. (*Le Concours Med.*; *Lyon Médical*, dicembre 1879; e il *Morgagni*, gennajo 1880).

Simon crede che le dermatosi nei bambini dipendano il più delle volte dall'allattamento, dallo spoppamento, dalle regole igieniche trascurate, per cui invece di amministrare loro l'arsenico, volge la sua attenzione altrove, e regola l'igiene del bambino e della nutrice.

Se poi il bambino è dispeptico, gli amministra una cucchiajata da caffè d'acqua alcalina alla metà di ogni poppata.

Se è diarroico adopera il bismuto (4 gram.) e una goccia di laudano e clisteri di amido.

Se è costipato, un pizzico di magnesia calcinata nell'acqua zuccherata ogni 2 giorni.

Come cura locale adopera il taffetà gommato, come maschera sul viso, come manicotto sulle membra, e sempre raddoppiato di stoffe per evitarne la rottura. La tela di caoutchouc è più efficace ma meno preferibile nei neonati perchè forma delle pieghe che potrebbero apportar danni alle superfici eczematose.

Questi apparecchi provocano una specie di bagni locali a vapore. Si tolgono mattina e sera i prodotti di secrezione cutanea con acqua calda amidata durante lo stadio acuto, e più avanti coll'acqua di noce debole.

L' Autore una volta essiccata la dermatosi, diminuisce gradatamente l'estensione dell'apparecchio di fasciatura, coprendo le parti lasciate all'aria libera con polvere di talco e sottonitrato di bismuto. Egli osservò che agli eczemi estesi le lavature parziali sono preferibili ai bagni generali.

Eczema del cuojo capelluto e del naso; del dott. Neumann. (*Journ. de Méd. et de chir. prat.*; e il *Morgagni*, febbraio 1880).

Neumann adopera con profitto nell'eczema umido del cuojo capelluto la seguente soluzione applicata due volte al giorno:

Borace di Venezia Allume cristallizz.	ana	5 parti
Glicerina		100 »

Oppure fa una pomata in questo modo:

Borace di Venezia . . . . 5 gram.
Sc. in suff. q. di glicerina
agg. Grasso di montone } ana. . . . . 25 »
Cera bianca
Olio di oliva q. b.
Per fare una pomata molle.

Nell'eczema del naso che si propaga dentro alle narici fa introdurre supposte composte con:

Burro di cacao. . . . . 80 centigr.
Tonnino puro . . . . 15 »

Il tannino puo essere rimpiazzato da 15 centigrammi di ossido di zinco.

L'oleato di zinco nella cura dell'eozema; Nota del dott. C. Carabelli. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1880).

Il dott. Carabelli ebbe a provare l'oleato di zinco, proposto nella cura dell'eczema da Redcliffe Crocker, in sei casi di questa dermatosi, e ne ebbe buonissimi effetti in 4, sebbene la malattia datasse in quasi tutt da molto tempo. In due non ebbe effetto alcuno.

Fa preparare l'oleato di zinco, unendo direttamente l'acido oleico all'ossido di zinco in parti eguali, ed incorporandolo quindi colla vaselina nella proporzione del 4 a 6 p. 100.

CONGRESSI MEDICI ITALIANI

2.° Congresso Otologico Internazionale tenuto in Milano dal 6 al 9 settembre 1880.

A Presidente onorario di questo Congresso venne acclamato il professore Voltolini di Breslavia, e a Presidente effettivo il dott. Sapolini di Milano. De-Rossi di Roma, Löwemberg di Parigi, Moos di Heidelberg, Politzer di Vienna e Restellini di Milano, vennero scelti a vicepresidenti; Morpurgo di Trieste e Longhi di Milano a Segretarii; Hartmann di Berlino e Delstanche di Brusselle a membri di Redazione.

La prima comunicazione fu quella del prof. Voltolini, *sull'esame anatomo-patologico dell' organo dell'udito ed in particolare del labirinto* con dimostrazione di alcuni preparati anatomici. Pel Voltolini baste-

rebbe il più delle volte la sola lente di ingrandimento per questi studii, mezzo che dal Moos e dal Politzer è riconosciuto insufficiente.

Pure il Politzer riferì *sui risultati dell'esame anatomo-patologico del labirinto* riportando importantissimi casi. Politzer crede che i segni dati dal Voltolini per distinguere la labirintite acuta dalla meningite non bastano senza le prove anatomo-patologiche; sorse a questo proposito la questione sulla *labirintite acuta*. Questa è sostenuta dal Voltolini, a cui pare strano l'ammettere una meningite acuta alla quale attribuire i fenomeni, molto più poi che i rapporti fra il facciale e l'acustico dimostrano come nella meningite basilare con la paralisi dell'acustico, che egli non vide mai isolata, vi sia anche quella del facciale. Pel Politzer non sarebbe necessario che la meningite si accompagni a paralisi del facciale, e pel Moos l'acustico può essere colpito isolatamente lungo il suo decorso e non sempre interamente. Secondo le osservazioni del Gottstein nell'ultima epidemia in Breslavia, si osservarono moltissimi casi di malattia simile a quella descritta dal Voltolini, ma che cessarono collo scomparire della epidemia. A questo riguardo anche il De-Rossi crede che più di una labirintite acuta in questi casi trattasi di meningite, nè a rischiarare gran fatto questo punto bastò un caso di labirintite acuta riportato dal Grazzi.

Un altro tema svolto fu quello riguardante la patogenesi del *furuncolo del condotto auditivo esterno*. Secondo il Löwemberg esso proviene per l'introduzione nel bulbo dei peli di un micrococco ed alla di lui moltiplicazione: per una specie quindi di contagio. Il furuncolo infatti procede dall'esterno all'interno, è multiplo e si riproduce mediante del pus furuncolare e non con altro pus. Il dubbio del Moos che tali micrococchi non siano preesistenti nel furuncolo prima che venga aperto, unitamente alla domanda dell'Oriza di Madrid, se si deve perciò negare la presenza di una diatesi e se Pasteur trovava veramente pel furuncolo un micrococco speciale, furono le sole obbiezioni fatte alla teoria del Löwemberg appoggiata dal fatto della pronta guarigione e della non riproduzione dei furuncoli trattati con cura antisettica e coll'acido borico, come ne riferì casi il Novaro di Torino. Resterebbe ancora a questo riguardo a spiegare pel De-Rossi la formazione dei furuncoli in seguito all'uso topico di soluzioni di allume, di zinco, ecc., non bastando a spiegarla il fatto dal Morpurgo accennato che appunto in dette soluzioni più che in altre si svolgono delle muffe.

Dopo la dimostrazione di un preparato *d'atrofia nervosa del primo giro della chiocciola* e considerazioni sul valore fisiologico e patologico della alterazione stessa, il Moos comunica alcune osservazioni *sulle malattie auricolari dei fuochisti e macchinisti delle strade ferrate e sui danni che ne possono derivare alla società*. Questa gente per l'esposizione continua alle intemperie ed alle forti correnti d'aria, per lo scuotimento prodotto dalla locomotiva in moto, ecc., sono frequentemente affetti da malattia d'orecchio con consecutiva sordità. La statistica ri-

portata è di tale importanza che il Congresso fa voti perchè le amministrazioni ferroviarie sottopongono i detti impiegati alla visita di medici competenti.

Conseguentemente il Moos comunicò *un caso di ferita al lato sinistro del temporale prodotta da un coltello a punta ottusa*; *irritazione passeggera del nervo oculare e pneumogastrico sinistro; paralisi permanente del nervo facciale ed acustico sinistro.* Qui non si ebbe emorragia, il polso si ridusse a 48 e la temperatura salì a 39°,6 con diplopia fugace per irritazione del nervo oculo-motore sinistro. La cura si ridusse alla somministrazione del joduro di potassio, ottenendo un legger miglioramento della paralisi facciale ed auditiva. Secondo il Moos in questo caso trattavasi probabilmente di una fessura della rocca petrosa sinistra accompagnata da essudato e da emorragia meno considerevole nella vicinanza della finestra rotonda. Il dott. Novaro riferisce pure un caso di frattura della rocca petrosa accompagnata da emorragia nella cassa, paralisi facciale, scolo abbondante di siero, non perdita di equilibrio, e da una ecchimosi sottocutanea alla regione mastoidea. La cura si limitò all'applicazione topica di ghiaccio ed alla somministrazione di derivativi intestinali. Dopo quindici giorni la membrana del timpano era cicatrizzata, ma la facoltà auditiva era abolita anche pel diapason al mastoide, e essa aumentò rapidissimamente in seguito a varie sedute di cateterismo della tromba eustachiana. Anche in questo caso, come il Moos, il Novaro crede non vi sia stata lesione del labirinto, ed i sintomi avuti fossero direttamente dipendenti dalla pressione dell'essudato nella cassa.

Un argomento che venne estesamente trattato fu quello della *cura dell'otorea cronica* in seguito ad una nota del dott. Menière. Questi propose la glicerina fenica dalla quale ottenne ottimi risultati inferiori però secondo il Morpurgo, Politzer e Novaro a quelli ottenuti mediante l'applicazione dell'acido borico. Il Ravogli vide sotto l'uso della glicerina svilupparsi l'otite acuta ed il De-Rossi avvenire rammollimento ed esulcerazioni dietro l'uso di quella fenicata. Il Löwemberg loda l'impiego dell'alcool nelle otcrree croniche, non osservò mai le ulcere vedute dal De-Rossi e crede eccellente la cura del Bezold.

Dallo stesso Menière vennero lette alcune *considerazioni sulla malattia del Menière*, e dal Politzer vennero eseguite alcune esperienze sulla *paracussia Willis.*

Un'esteso pezzo necrotico dell'osso temporale e della rocca venne presentato dal dott. Gottstein esportato mediante taglio lungo l'apofisi mastoidea da un bambino. L'ammalato guarì con una permanente paralisi facciale.

Adito ad un'interessante discussione diedero i lavori dell'Hartmann sul *sordo-mutismo*, del Boucheron *sulla curabilità dei sordo-muti* e del Fournier, *sulla loro istruzione.* Circa all'abbandono dell'insegnamento mimico per quello della parola, il Fournier crede di poterlo attribuire

« 1.° à ce qu'on a méconnu le véritable génie du langage mimique; 2.° à ce qu'on se trompe sur la valeur de la pretendue parole du sourd-muet. » Ma per quanto ne dica il Fournier, oggi tutti gli sforzi degli educatori sono diretti a ridare la *parola* al muto perchè sordo.

Dopo gli esperimenti per *le ricerche manometriche sulla resistenza del velopendolo*, instituite dall'Hartmann e la presentazione dell'apposito apparecchio per la dimostrazione, seguirono due letture del Fournier *sulla propagaziane delle onde sonore verso i nervi dell'acustico e sull'ufficio delle trombe eustachiane*. Sopra quest'ultimo riguardo il Fournier in seguito ad esperienze fatte, vorrebbe concluso che:

1.° La tromba è destinata a trasformare la cavità chiusa del timpano, in cavità aperta, allo scopo di impedire alle vibrazioni interne ed esterne d'arrivare, attraverso la parti solide, in una cavità chiusa provocando una risonanza incompatibile con un perfetto udito;

2.° La tromba è aperta ed incessante la comunicazione del timpano coll'aria esterna;

3.° Il fascio esterno del faringo-stafilino, i peristafilini interno ed esterno sono otturatori della tromba d'Eustachio, e non dilatatore di questo condotto;

4.° La chiusura della tromba è sempre momentanea e si produce durante i movimenti di deglutizione, la pronuncia di certe lettere e pel canto;

5.° Il circolo dell'aria della tromba e nella cassa del timpano rappresenta una specie di respirazione nella quale i muscoli otturatori funzionano da forza espiratrice mentre che l'elasticità propria della cartilagine tubaria rappresenta le forze inspiratrici.

Queste teorie, quanto le esperienze sulle quali esse sono basate, non vennero da tutti accettate, così come quelle esposte dal Löwemberg *sui perchè alcuni sordi tengono la bocca aperta*.

Il dott. Boucheron di Parigi, fa in seguito *una comunicazione sul sordo-mutismo da ipertonia auricolare e sua curabilità*, alterazione che per modo di produzione esiti e conseguenze potrebbe essere paragonata al glaucoma oculare.

Altre memorie vennero in questa occasione lette, e cioè: dal Joly-Antonin *sui risultati ottenuti dal Laennec Brown coll'audifono*, dal Ravogli *sull'influenza della sifilide nelle malattie auricolari*; dal Gottstein *sopra un caso di miringite acuta con desquamazione*; dal Delstanche *sopra un caso di cancro epiteliale primitivo del condotto auditivo esterno*, ed infine dal Benny *sopra alcuni casi di emorragie intratimpaniche*.

Molti gli apparecchi ed istrumenti presentati. Degni di nota sono: l'elettroscopio od apparecchio illuminante di Hedinger per la rinoscopia e faringoscopia; un polverizzatore a rotazione molto ingegnoso e corrispondente all'uopo dello Czarda unitamente ad uno astuccio di istrumento galvano-caustico del Löwemberg per la cauterizzazione dei po-

lipi nasali; gli istrumenti del Delstanche utilissimi, ed in particolare un adenotomo per i tumori della cavità naso-faringea. Un timpanatomo ed un miringotomo vennero pure presentati dal Grazzi e dal Bertolazzi.

Il giorno 9 chiudevasi questo Congresso, non senza aver prima deliberato che il prossimo Congresso internazionale di Otologia sarà tenuto a Basilea dal 1 al 15 settembre del 1884. A comporre la Commissione preparatrice di questo 3.° Congresso furono chiamati i signori dottor Burckhard-Mérian di Basilea, Hartmann di Berlino, Löwemberg e Menière di Parigi, Politzer di Vienna e Sapolini di Milano.

Dott. GIO. MORI.

VARIETÀ

Oppio, sena e datteri dall' Egitto. — Nello scorso anno uscivano dalla terra dei Faraoni per entrare in Europa 1,520 *oke* d'oppio e 834,737 *rotoli* di sena; questi per il valore di 1,073,372 piastre egiziane, quelle di 228,093. La *piastra egiziana* corrisponde a franchi o lire italiane 0.259; il *rotolo* è eguale a chil. 0.444; l'*oke* a chilogrammi 1.235.

La maggior quantità d'*oppio* l'avemmo noi (641 oke), la minore la Turchia (101 oke); la Francia ne prese per 433 oke, la Grecia per 355. L'Inghilterra, che nulla prendeva d'oppio, toglieva la massima parte della *sena* cioè *rotoli* 443,316; le tenevano dietro la Francia e l'Austria-Ungheria (*rotoli* 207,320 — 174,199); ultimi noi e la Turchia (*rotoli* 5,160 — 4,742), preferendo altre specie di purganti.

I popoli d'Europa che più mangiano *datteri* sono quelli della Turchia e dell'Austria-Ungheria, gl'italiani meno d'ogni altro; di fatti nell'anzidetto anno non ne compravano che per 266 oke, laddove che l'Inghilterra ne comprò per 232,379, l'Austria-Ungheria per 271,842 e la Turchia per 273,815. I datteri sono dunque da noi non più che un dolciume, altrove cibo. (*Le Commerce extérieur de l'Egypte pendant l'année 1879;* par le Directeur général de la Statistique F. Amici-Bey. Cairo 1880, p. 37, 38).

Premj della Società Italiana d'Igiene. — La *Società Italiana d'Igiene*, accettando di buon grado le generose largizioni dei signori cav. Paolo Ritter e cav. Giuseppe Talini, pone a concorso pel 1881 i seguenti premj:

Premio Ritter. — Tema: *Il sonno sotto il rispetto fisiologico ed igienico* — L. 500 e un Diploma d'onore della *Società Italiana d'Igiene*.

Premio Talini. — Tema: *Il latte considerato dal punto di vista della dietetica e dell'igiene, avendo speciale riguardo alle possibili adulterazioni ed ai modi più opportuni per riconoscerle* — L. 300 e un Diploma d'onore della *Società Italiana d'Igiene.*

Le Memorie dovranno essere inviate, nelle solite forme accademiche, alla *Società Italiana d'Igiene*, Milano via Sant'Andrea, 18.

Le Memorie premiate saranno pubblicate per intiero nel *Giornale della Società Italiana d'Igiene* e gli Autori avranno diritto a 50 copie tirate a parte.

È fatto obbligo però ai vincitori del concorso di presentare alla Società, tre mesi dopo la proclamazione, un sunto dei rispettivi lavori, da pubblicarsi, a mo' di trattatello, nella collezione della Società l'*Igiene popolare*, edita dallo Stabilimento Sonzogno.

Tempo utile a tutto il 31 luglio 1881.

Le Commissioni esaminatrici saranno nominate dal Consiglio di Direzione della Società Italiana d'Igiene.

Premj della Deputazione Provinciale di Milano.

Il dott. Malachia De Cristoforis, presidente del Comitato Milanese dell'Associazione Nazionale dei Medici-Condotti, ha affidato al Consiglio di Direzione della *Società Italiana d'Igiene* l'onorevole e delicato incarico di nominare le Commissioni esaminatrici delle Memorie presentate ai concorsi a premj stabiliti dalla Provincia di Milano in occasione del IV Congresso che ebbe luogo nel 1878 in questa città. (V. questi *Annali*, Vol. CCLII, p. 443).

1.° Pel tema: *Topografia e Statistica medica di un Comune rurale italiano*; dott. Malachia De Cristoforis, *presidente*; prof. Luigi Pagliani, prof. Giuseppe Sormani, dott. Alessandro Tassani e dott. Felice dell'Acqua, *membri.*

2.° Pel tema: *Storia etiologica e clinica di nna malattia epidemica o contagiosa che abbia dominato in modo costante in una Condotta medico-chirurgica durante il biennio 1878-1879*: dott. Malachia De Cristoforis, *presidente*; prof. Alfonso Corradi, dott. Carlo Zucchi, prof. Camillo Bozzolo, dott. Luigi Carpani, *membri.*

Accademia delle scienze dell'Istituto di Bologna. — Concorso libero al premio Aldini sul Galvanismo. — Una medaglia d'oro del valore di lire italiane 1000 sarà conferita secondo la volontà espressa dal benemerito Testatore all'Autore di quella Memoria sul Galvanismo (Elettricità animale) che sarà giudicata la più meritevole, per l'intrinseco valore sperimentale e scientifico.

Condizioni del Concorso.

Il Concorso è aperto per tutti i lavori che giovino ad estendere le nostre conoscenze scientifiche in una qualche parte relativa al Galva-

nismo e che saranno inviati all'Accademia con esplicita dichiarazione di concorso, entro il biennio compreso dal 1.° luglio 1880 al 30 giugno 1882 e scritti in lingua italiana, latina o francese.

Questi lavori potranno essere sì manoscritti che stampati, ma se non sono inediti dovranno essere stati pubblicati entro il suddetto biennio.

Non sono escluse dal Concorso le Memorie stampate in altre lingue nel detto biennio, purchè siano accompagnate da una traduzione italiana, latina o francese chiaramente manoscritta e firmata dall'Autore.

Le Memorie anonime stampate o manoscritte dovranno essere accompagnate da una scheda suggellata contenente il nome dell'Autore con una stessa epigrafe o motto tanto sulla scheda quanto nella Memoria, e non sarà aperta la scheda annessa, se non di quella di tali Memorie, che venisse premiata, le altre saranno abbruciote senza essere dissuggellate.

Il Presidente dell'Accademia farà pubblicare senza ritardo il nome dell'Autore e il titolo della Memoria premiata e ne darà partecipazione diretta all'Autore stesso. Il premio sarà inviato subito all'Autore, se il lavoro premiato sia già pubblicato, in caso diverso gli sarà rimesso appena avvenuta la pubblicazione.

Le Memorie portanti la dichiarazione esplicita di concorrere al detto premio dovranno pervenire franche a Bologna entro il 30 giugno 1882 con questo preciso indirizzo: *Al Segretario perpetuo dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna.*

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS

published by
The Royal Medical and Chirurgical Society
London, Vol. LXII, 1879

RIVISTA DI DERMATOLOGIA

del dott. CARLO PADOVA.

CONGRESSI MEDICI ITALIANI.

VARIETÀ.

RIVISTA DI GINECOLOGIA

del dott. LUIGI MANGIAGALLI.

Alexander Russell Simpson. — **Method of case-taking in Gynecology.** (*Metodo per tener nota dei casi di ginecologia*). *Edinburgh Medical Journal*, february 1880).

È noto come Stewart, Emmet, Gaillard Thomas, Beigel, Spencer Wells presentassero schemi, i quali dovevano nello stesso tempo guidare il pratico nell'esame metodico della paziente, e nello stesso tempo porgere il modo di avere un esatto e scientifico ricordo del caso clinico.

Simpson ci dà ora il seguente:

Malattia.

Anamnesi.

1.° Nome: età: occupazione: residenza: maritata, nubile o vedova: data dell'ammissione.

2.° Tempo da cui datano la malattia e le sofferenze

3.° Storia generale della malattia: attacco presente: stato di salute: diatesi: sociale condizione e abito: stato di salute della famiglia.

4.° Storia sessuale.

1) Menstruazione.

A. Normale: (*a*) data dell'inizio: (*b*) tipo: (*c*) durata: (*d*) quantità: (*e*) data della scomparsa.

B. Morbosa: (*a*) amenorrea; (*b*) menorragia: (*c*) dismenorrea.

2) Flusso intermenstruale: (*a*) carattere: (*b*) quantità.

3) Pareunia.

4) Gravidanze: (*a*) numero: (*b*) date della prima e dell'ultima: (*c*) aborti: (*d*) carattere dei parti: (*e*) puerperio: (*f*) allattamento.

5) Disturbi locali funzionali: (*a*) della vescica: (*b*) del retto: (*c*) dei nervi e dei muscoli pelvici.

6) Disordini funzionali generali: (*a*) del sistema nervoso: (*b*) del sistema respiratorio: (*c*) del sistema circolatorio: (*d*) del sistema digestivo: (*e*) degli emuntorii.

Esame fisico.

1.° Aspetto generale e conformazione.

2.° Mammelle.

3.° Addome: (*a*) ispezione: (*b*) palpamento: (*c*) percussione: (*d*) ascoltazione: (*e*) misurazione.

4.° Genitali esterni.

5.° *Per vaginam*: (*a*) orificio: (*b*) pareti e cavità: (*c*) volta vaginale: (*d*) bocca e cervice uterina.

6.° Esame combinato (addomino-vaginale, retto-vaginale, addomino-rettale, addomino-retto vaginale, addomino-vescico-vaginale).

1) Utero: (*a*) diametro: (*b*) forma: (*c*) consistenza: (*d*) sensibilità: (*e*) posizione: (*f*) mobilità: (*g*) rapporti.

2) Trombe falloppiane.

3) Ovaie: (*a*) diametro: (*b*) situazione: (*c*) sensibilità.

4) Peritoneo e tessuto cellulare.

5) Vescica.

6) Retto.

7) Ossa pelviche.

7.° Uso (*a*) dello speculum: (*b*) della sonda: (*d*) della *curette*: (*e*) del trequarti esploratore: (*f*) dei mezzi dilatanti.

8.° Cambiamenti fisici: (*a*) negli organi nervosi: (*b*) respiratorii: (*c*) circolatorii: (*d*) digestivi: (*e*) emuntorii.

Diagnosi.

Prognosi.

Trattamento.

Decorso e terminazione.

Landi Pasquale. — **Contribuzione alla diagnosi diretta e indiretta delle cisti ovariche.** (Estratto dal *Commentario clinico di Pisa*, vol. II. N. 5, 6, 7).

Questa voluminosa memoria è il risultato della vasta esperienza del

chiaro clinico di Pisa, ed i lettori vi troveranno accuratamente esposti esaminati, apprezzati tutti i criterii che più valgono a farci formulare un giudizio diagnostico sopra materia così importante, ed in cui anche i più esperimentati e dotti nella materia speciale incorsero in errore. E l'Autore non si limita allo studio dei segni diagnostici dell'affezione per sè, ma passa altresì in disamina i criterii che possono condurci ad un diagnostico più particolareggiato, di sede, di natura, di complicanze, e poichè di rado si richiede l'intervento del chirurgo prima che il tumore abbia superato l'ambito della gran pelvi, così è a questo stadio cioè, al 3.° stadio clinico come lo chiama il Cantani, ché egli ne imprende lo studio.

Accettata la duplice divisione delle cisti ovariche in *semplici* e *composte*, comprende nella prima classe le cisti uniloculari, nella seconda i tumori ovarici policistici, le cisti areolari o cistomi, le cisti dermoidee escludendone invece quei tumori in cui all'elemento cistico, si è associato l'elemento sarcomatoso, il canceroso, ecc, e riserbando per questi la denominazione di *cisti miste* o *tumori ovarici misti.* Che se poi l'elemento sarcomatoso o canceroso si è sviluppato in modo secondario in grembo alla cisti, allora questa prenderà il nome di *cisto-sarcoma*, *cisto-carcinoma*, mentre invece si designerà col nome di *sarcoma*, *carcinoma cistico*, se escavazioni cistiche si saranno prodotte in grembo alla massa neoplastica.

La diagnosi differenziale fra cisti uni-loculare e pluriloculare ha massima importanza per i partigiani delle injezioni jodate, mentre ne ha nessuna o pochissima per i partigiani della ovariotomia: ad ogni modo stanno come criterii differenziali delle prime il piccolo volume, d'ordinario non maggiore di quello di una grossa testa di adulto, la facile limitazione del tumore, la forma sferoidale o ovoidale, la superficie liscia regolare, la eccezionalità delle aderenze. Nelle cisti uniloculari voluminose si è parecchie volte osservata una specie di strozzatura in corrispondenza dello stretto superiore e nella stessa direzione; ma tale segno è incostante e dall'Autore in un caso di cisti uniloculare, venne invece osservata una strozzatura diretta lungo l'asse quasi verticale della ciste medesima. Per la diagnosi di cisti moltiloculare depongono invece il volume molto maggiore del tumore, la superficie irregolare, la mancanza di fluttuazione estesa a tutto l'ambito del tumore, la immobilità dovuta al volume del tumore ed alle aderenze. Qualche volta potrà giovarci l'esame col catatere ovarico del Graily Hewitt.

Per la diagnosi di sede, per determinare cioè se l'ovario destro od il sinistro sia il punto di partenza del tumore, l'Autore dà molta importanza ad un segno plessico dovuto al Baccelli, ma su questo punto, a vero dire, non possiamo per nulla convenire. È noto come il prof. Baccelli insegni di percuotere sulla faccia esterna dell'ileo e precisamente nel centro della linea retta, che dall'orlo superiore e posteriore della cresta iliaca si tiri all'orlo superiore della cavità cotiloidea evocandone un

suono chiaro timpanico quando le ovaje sieno in condizioni fisiologiche, un suono ottuso vuoto, quando l'ovajo degenerato cisticamente si spinga verso la regione indicata, sospingendo e ricacciando le anse intestinali. Nei casi in cui ebbi a provarmi alla ricerca di questo nuovo segno, non rimasi per nulla convinto del suo valore, avvalorato poi dal fatto che in un numero stragrande di autopsie da me eseguite, ebbi a verificare una mutabilità così frequente di sede delle ovaje sane ed ammalate, che davvero mi pare dover essere poco solida la base anatomica su cui poggia tale criterio diagnostico.

L'Autore, passati quindi in rassegna i segni, che possono indurci a presumere o ad ammettere aderenze, viene allo studio del diagnostico differenziale dei varii stati morbosi che possono confondersi colle cisti ovariche. Di essi annovera fra le malattie delle ovaje il *sarcoma*, il *carcinoma cistico*, il *cancro primitivo*: fra le malattie dei legamenti larghi le *cisti sierose*: fra i tumori appartenenti all'utero il *mioma* ed il *fibroma periuterino*, la *gravidanza extrauterina* e come stato fisiologico la *gravidanza normale*: fra le malattie del peritoneo l'*ascite libera* e la *saccata*: fra le malattie dell'omento la *ciste* talora *idatica*: fra le malattie dei reni l'*idronefrosi* e la *ciste idatigena*: fra le malattie del connettivo sotto-peritoneale la *ciste sierosa* e l' *ascesso della fossa iliaca*: finalmente fra le malattie delle pareti addominali l'*ascesso della guaina dei muscoli retti*.

Il *sarcoma* ed il *carcinoma cistico* delle ovaje hanno forma e superficie irregolare per protuberanze o bernoccoli duri di varia grossezza, quasi altrettanti tumori a base comune. Sono talora alquanto dolenti palpandoli: possono manifestarsi a qualunque stadio della vita, di rado però prima della pubertà. Si presentano con molta frequenza l'ascite e l'edema degli arti inferiori: di rado raggiungono un volume considerevole. L'utero più di frequente è immobile per le aderenze del tumore cogli organi pelvici. Questi sono i segni comuni al sarcoma ed al carcinoma cistico. Come segni proprii, il carcinoma cistico è molto più raro del sarcoma e incontrasi piuttosto in età giovanile, mentre spettano all'età matura i casi più frequenti in cui il cancro svolgesi nello stroma di ovaja già degenerata cisticamente. Nel sarcoma cistico le formazioni cistiche sono sparse e disseminate mentre nel carcinoma cistico la formazione cistica trovasi quasi sempre nel centro del cancro ovarico nè raggiunge mai il volume dei follicoli di Graaf fatti idropici e del cistoma con secondario sviluppo di carcinoma nell'ovario. Complicanza frequentissima nei rari carcinomi cistici dell'ovaja è la propagazione del processo cancerigno agli organi vicini e specialmente al peritoneo. Un ultimo segno che vale a differenziare il carcinoma dal sarcoma cistico è la cachessia cancerosa.

Il *cancro delle ovaje* che può presentare la forma colloide e la scirrosa ma che di solito presenta quella midollare, può riconoscersi oltrechè ai segni comuni alle due affezioni precedenti, ai dolori spontanei,

vivi e lancinanti, al rapido sviluppo del neoplasma, alla mancante fluttuazione riferibile a qualche parte del medesimo, al precipitoso alterarsi della generale salute, alla pronta manifestazione della cachessia cancerosa.

Le *cisti sierose* dei legamenti larghi possono qualche rara volta raggiunger un notevole volume ed essere confuse con cisti ovariche uniloculari, se pure l'esperienza futura non verificherà il dubbio emesso da alcuni clinici che le cisti uniloculari sorgessero dalle appendici utero-ovariche anzichè dalle ovaje medesime. Nell' unico caso di cisti uniloculare estirpata dall' Autore, l' ovaja fu trovata riconoscibilissima quantunque un poco atrofica.

Il *mio-fibroma periuterino* o *sotto-peritoneale* colle sue varietà anatomo-patologiche, e colle sue diverse trasformazioni, di cui le più frequenti sono la edematosa, la geodetica e la cistica, è forse l' affezione che più di frequente dà origine a scambi diagnostici. Anche l'esperienza dell'Autore concorre con quella dei più a dimostrare più frequenti questi neoplasmi che non quelli di spettanza delle ovaje. Nei casi da lui osservati, fra i principali segni; notò « che il tumore il più delle volte « sorgeva dal margine superiore, oppure dalla faccia posteriore dell' u« tero, più raramente dai suoi margini laterali e dalla sua faccia ante« riore: che era costituito da una sola massa di forma pressochè sfe« roidale ed a superficie abbastanza regolare, per cui il bassoventre si « presentava regolarmente tumido, disteso e sporgente in avanti come « nel caso di gravidanza: che le vene sottocutanee addominali non « erano molto vistose che nel caso di enorme sviluppo del tumore « medesimo: che, relativamente al grado della sua consistenza, in al« cuni casi prevaleva la mollezza e la elasticità, simulanti quasi la flut« tuazione; in altri invece la resistenza e la durezza: che soltanto in « qualche caso si sentivano nel tumore dei rumori vascolari che par« vero più presto trasmessi dalle principali arterie addominali e spe« cialmente dall'aorta, che derivanti dal tumore stesso: che nella mag« gioranza dei casi avendo trovata manifesta solidarietà tra utero e tu« more per i movimenti alterni comunicati nel modo consueto all'uno « e all'altro, se ne inferì che il tumore nascesse con ogni probabilità « dall'utero, come dalla sua limitata mobilità in direzione trasversale e « dalla resistenza incontrata fra il margine superiore del pube ed il tu« mere stesso che questo fosse sessile o per lo meno avesse peduncolo « grosso e corto; che l'utero offre sempre qualche deviazione subor« dinatamente al punto d' impiantamento del tumore e la vagina ora è « scorciata e ora allungata, secondo che il tumore stesso è fissato da « accidentali e non rare aderenze alla piccola pelvi, o liberamente ha « varcato lo stretto superiore: che nella generalità la mestruazione si « teneva regolare e soltanto alcune ammalate erano dismenorroiche: « che, in due di queste ammalate il tumore uterino provocò l'aborto. »
Delineata in tal modo a rapidi tratti la fisionomia clinica dell'affezione

secondo i dati della propria esperienza, ad illuminare maggiormente l'argomento trae profitto anche dall'esperienza altrui, quantunque qualche volta anche ponderando profondamente tutti gli elementi d' esame non si riesca ad evitare l'errore, come avvenne in un caso interessantissimo dell'Autore, da lui minutamente esposto.

Anche la *gravidanza extrauterina* e la *gravidanza normale* sono state qualche volta equivocate colle cisti ovariche e le difficoltà diagnostiche sono specialmente gravi quando gravidanza e cisti ovarica si complicano vicendevolmente. Nella sua pratica l'Autore conta soltanto due casi di gravidanza complicante la cisti ovarica ed in ambedue il solo segno di possibile gravidanza fu la mancante menstruazione da cinque mesi. Una di esse, una volta confermati i segni certi della gravidanza, la si dimise e poi non la si vide più. Nell'altra praticata la puntura del tumore ovarico, e fatti certi in prosieguo di tempo della gravidanza, si rinviò l'ammalata a domicilio, donde poi passava alla Maternità, ove si sgravava felicemente a termine. Durante il puerperio la ciste prese uno sviluppo così rapido, che la necessità d' intervenire s' impose in modo assoluto, e fra la estirpazione del tumore e la semplice puntura si diede la preferenza a quest'ultima. L'ammalata soccombeva al 28.° giorno dalla puntura della ciste. L' Autore si dimanda: forse la ovariotomia a cistite e peritonite in corso l'avrebbe salvata? E risponde: so che altri ardirono e trionfarono: a me i casi eccezionali ispirano poca fiducia e danno meno ardimento. Ma tali casi possono ora veramente chiamarsi eccezionali? E potrebbe veramente tacciarsi di poca prudenza l' ostetrico, od il chirurgo, il quale in casi di gravidanza complicata da tumore ovarico, si accingessero all'ovariotomia, oggidì in cui i lavori di Litzmann, Doumairon, e le statistiche di Spencer Wells tenderebbero a farci invece considerare tale partito come quello che più concilia gli interessi della madre e del feto? Informi la statistica recente di Schroeder del cui lavoro faccio l'esame in questa stessa rivista.

Bellissimo è il paragrafo in cui tratteggia con mano maestra il diagnostico differenziale fra ascite libera e ciste ovarica; e niente vi è trascurato nè di quanto riguarda i segni dedotti dall'esame fisico, nè di quanto concerne i criterii tratti dall'esame chimico e microscopico del liquido.

Della denominazione di *idrope cistica* o *saccata del peritoneo* si è abusato comprendendo in essa molteplici e svariate affezioni, poichè sotto tale nome andarono molte volte confuse malattie aventi origine nelle ovaje, nel grande epiploon ed anche nella parete addominale. Ricondotta tale denominazione alla sua vera significazione, quale le è data dall'anatomia patologica, i criterii differenziali si desumeranno dalla storia anamnestica, dalla variabile sede nei singoli casi di idrope cistica peritoneale, dalla incostante forma del tumore che ne risulta, dal volume di cui è suscettibile, da' suoi rapporti colla massa intestinale.

Le *cisti sierose semplici ed idatigene del grande omento* sono rare, queste meno di quelle: quanto alla così detta *idrope dell' omento*, che

secondo Förster troverebbesi a preferenza nella fanciullezza, le verrebbero da Freund assegnati i seguenti caratteri: essa si presenta con una intumescenza, piccola in principio e che rapidamente raggiunge un considerevole volume. Situata nella regione ombellicale e non accompagnata da nessuno o da poco edema della parete inferiore del ventre e delle gambe, è molle, fluttuante e mobile: presenta sintomi di stiramenti allo stomaco, vomiti e affanno.

L'*idronefrosi* e la *ciste idatica* del rene, sono d'ordinario le sole fra le malattie di quest'organo che possono offrire gravi difficoltà diagnostiche differenziali colle cisti ovariche: anche i segni proposti da Spencer-Wells e così pure l'esame del liquido qualche volta non possono salvarci dall'errore. Importantissimo è un caso di Menzel riferito dall'Autore: in esso si passò per tre diagnostici erronei prima di fare la giusta diagnosi: dapprima si fece la diagnosi di cisti ovarica, poi aperto il ventre, si escluse il cistovario per la posizione extra-peritoneale del tumore e quindi per l'analisi del liquido che offriva cristalli di acido urico e di nitrato di urea e si ammise l'idronefrosi. Lasciata incompleta l'operazione, guarita per prima intenzione la ferita e riprodottosi con qualche sollecitudine il liquido cistico, dopo due mesi fu richiesta una nuova puntura, e l'esame microscopico del liquido dimostrava la presenza di uncini di echinococco. Morta l'inferma per peritonite in seguito di altre punture, l'autopsia dimostrò una ciste di echinococco del tessuto perirenale.

I segni diagnostici delle *cisti epatiche* e *spleniche semplici* ed *idatigene* saranno tratti specialmente dalla sede, dall'anamnesi, dai caratteri proprii dei tumori intra-peritoneali, dall'esame dei liquidi evacuati colla puntura.

Le *cisti sotto-peritoneali* voluminose sono rarità anatomiche. L'*ascesso della fossa iliaca* può difficilmente essere confuso con un tumore ovarico, facendosi un esame diligente. Chiude questo interessantissimo lavoro un paragrafo in cui l'Autore parla del diagnostico dell'ascesso della guaina dei muscoli retti, di cui riporta due casi di Freund e di Dolbeau.

PERUZZI DOMENICO. — **Cisti ovarica uniloculare ondogena. Ovariotomia praticata il 30 ottobre 1879.** (Estratto dall'*Indipendente*, 1879).

Ciste ovarica uniloculare, colloide, di sinistra, associata a gravidanza. Nel decorso di questa venne praticata due volte la puntura. Il parto avvenne spontaneamente a termine. Ovariotomia circa 50 giorni dopo colle cautele antisettiche. Incisione di 18 centim., aderenze parietali sopra-ombellicali ed aderenze omentali segmentate e trattate con legature perdute. — affondamento del peduncolo. Nel decorso successivo fu notevole l'insorgenza di una pleurite essudativa sinistra, riputata d'indole reumatica e che richiese la toracentesi. — L'operata, ristabilitasi dalle

conseguenze immediate e successive all'operazione, venne il 20 affidata all'assistenza medica per la cura dell'affezione pleurale non ancora risolta.

Peruzzi Domenico. — **Storia di due ovariotomie colla guarigione la prima, colla morte la seconda.** (Estratto dal *Raccoglitore medico*, serie IV, vol. XIII, n, 1).

1.ª Donna d'anni 19 — cisti moltiloculare del peso di chilogr. 2,260, mentre il liquido evacuato fu di circa chilogr. 12. Operazione fatta nella nebbia carbolica; incisione di centim. 12; poco resistenti aderenze parietali in corrispondenza dei due quadranti inferiori — il peduncolo molto largo fu segmentato in quattro porzioni e trattato con legature perdute in filo di seta fenicato, che venne passato mediante l'ago ottuso portafilo ideato dall' Autore. Notevole nel decorso successivo la comparsa di fenomeni infiammatorii alle articolazioni radio-carpiche, fenomeni che si dissiparono presto. I punti vennero levati in 9.ª giornata, sostituendovi i cordoncini alla Koeberlé. Guarigione.

2.ª Donna, d'anni 45, nubile, — enorme mioma levicellulare cavo dell'ovaia sinistra — Operazione praticata colle cautele antisettiche — segmentazione del peduncolo — il numero delle legature, parte in filo di seta fenicato e parte in catgut, fu di 20 circa — connessioni del tumore colla fossa iliaca corrispondente. L'intiero tumore era del peso di chilogrammi 12,920. Morte in 4.ª giornata per peritonite.

Peruzzi Domenico — **Mioma levicellulare dell'ovaia sinistra: ovariotomia con guarigione. Proposta di un ago smusso portafilo per la legatura del peduncolo ovarico.** (Estratto dal *Raccoglitore medico*, serie IV, vol. XII, n. 17, 18).

Nel caso che forma argomento di questa Memoria, l'Autore si preparò a praticare una splenotomia, mentre ebbe alla fine compiuto una ovariotomia. Molte erano le cause che potevano indurre in errore. Gli argomenti addotti ad avvalorare il diagnostico di milza mobile furono i seguenti:

1.° La paziente aveva sofferto più e più volte ed a lungo di febbri da malaria, le quali predispongono all' ingrandimento e migrazione della milza.

2°. Si avverte una sonorità non ordinaria percuotendo sulla regione lienale, laddove appunto per le febbri sofferte v'era da aspettarsi di trovare rilevante ipofonesi in grazia della ipertrofia, cui va soggetta la milza per l'infezione palustre.

3.° Il tumore non è sensibilmente modificato in grandezza dall'epoca della sua comparsa, la qual cosa, se è straordinaria trattandosi di tumore ovarico ed uterino che col tempo si svolgono maggiormente, è invece comune ad osservarsi nella milza migrata, la quale, purchè non succedano nuove infezioni del miasma palustre, suol mantenere presso a poco il volume che aveva all'atto della sua ectopia.

4.° La forma del tumore è quasi di grosso fagiuolo, con una marcata incisura, a foggia di ilo, nel margine superiore leggermente concavo, all'opposto dell'inferiore decisamente e regolarmente convesso: la superficie eguale del tumore stesso e la sua durezza è speciale.

5. La mobilità è a grado massimo, imperocchè colla mano si cangiavano i rapporti del tumore colla cavità dell'addome, sicchè il suo margine superiore stirato in basso diveniva anteriore, l'inferiore era ricacciato in addietro: e così uno degli estremi dell' ovoide poteva volgersi in alto, in basso, in avanti e viceversa, e di più era agevole condurre il tumore a destra, a sinistra ed in alto, fino a spingersi sotto l' arco costale di sinistra.

6.° Muovendo il tumore in tutti i sensi, il dito esploratore in vagina poco o nulla avvertiva che i movimenti stessi fossero comunicati al collo della matrice.

7.° Finalmente i disturbi dello stomaco, la generale denutrizione, l'insieme delle sofferenze accusate dall' inferma, le quali di rado si osservano anche a gradi avanzati ed a volume straordinario di cisti ovariche, sono comuni nella milza mobile, per gli stiramenti che soffocano lo stomaco, i legamenti d'attacco del viscere, mentre il fascio dei vasi a lungo andare è soggetto a ripetuti attorcigliamenti intorno a sè stesso.

L' incisione dell' addome fece accorto l' operatore che il tumore proveniva dall'ovaio sinistro, a cui era unito da un cordone della lunghezza di 16 centim., dello spessore di due dita trasverse e leggermente schiacciato. L'atto operativo fu fatto nella nebbia fenica: il peduncolo diviso in due mediante l'ago retto di Péan, fu affondato: notisi che alla prima trasfissione, essendo l'ago crunato di Péan più grosso del filo che conduceva, ne seguì una emorragia dal foro stesso di trasfissione al disotto del filo, onde fu nuovamente trafitto e legato al disotto di esso mediante un ago di Startin. L'esito finale fu felice, quantunque in 7.ª giornata venisse a protrudere un' ansa intestinale sotto lo sforzo di vomito passeggero.

L'inconveniente osservato nella trasfissione del peduncolo mediante l'ago di Péan, condusse l' Autore ad ideare un nuovo ago da lui chiamato *ago smusso portafilo,* di costruzione molto semplice, essendo formato di un'asta metallica retta della lunghezza di centim. 20, montata sopra un manico ottangolare. Nella sua punta ottusa è grossa un millimetro scarso: a cent. 6 da questa corrisponde una cruna ed ivi è grossa millim. 3, nel suo calcio millimetri 5. Quest' ago avendo punta ottusa, mentre riesce egualmente bene nello scopo che si prefigge, non incide le parti che incontra, ma le divide, riuscendo quindi ad evitare il lamentato inconveniente.

SIMULA GIOVANNI NICOLÒ. — **Storia di una cistovariotomia seguita da guarigione.** (Sassari, tipog. Dessi — dicembre 1879).

Cisti uniloculare del volume di una testa d' adulto a contenuto tor-

bido, rosso-bruno, filante; profilassi antisettica, narcosi cloroformica — affondato il peduncolo, ma ritenuti gli estremi del filo all'angolo inferiore della ferita, lasciato semiaperto, e ricoperto di garza insinuata fino al peduncolo e riempiendo dopo l'imbuto così formato di cotone cardato; non compreso il peritoneo parietale nella sutura. Guarigione.

RAFFA ARTURO. — **Cistoma uniloculare del legamento largo destro con aderenze peritoneali ed essudato libero nel cavo addominale. Ovariotomia: apertura di ascesso nel retto; guarigione.** (*Gazzetta Medica Italiana*, provincie venete, 1880, N. 15).

Donna di anni 54, maritata, madre di 9 figli. Circonferenza massima dell'addome un centim., sotto l'ombellico 110. Anestesia cloroformica. Incisione di 12 centim., versamento libero nel cavo peritoneale — aderenze parietali — peduncolo largo, lungo 10 centim., segmentato colla seta fenicata ed affondato — sutura nodosa con filo di seta comprendente il peritoneo parietale. L'atto operativo venne circondato colle cautele Listeriane. — In 6.ª giornata evacuazione di marcia per l'ano, che continua per alcuni giorni. In 17.ª giornata l'operata abbandona il letto completamente guarita.

EUSTACHE. — **De la lésion des organes urinaires pendant l'opération de l'ovariotomie.** (*Archives de Tocologie*, avril et mai, 1880).

Quasi a titolo di proemio premette alcune considerazioni generali sulle aderenze dei tumori ovarici, aderenze per cui si aggrava il pronostico non per le aderenze in sè, ma per le emorragie e le lesioni viscerali che ne possono conseguire: ciò sarebbe dimostrato dal seguente quadro delle prime otto centurie di ovariotomie praticate da Spencer Wells.

	Senza aderenze			*Con aderenze*			*Media*
	Casi	*Morti*	*Mortalità*	*Casi*	*Morti*	*Mortalità*	*totale*
1.ª Centuria	36	13	36,1 0|0	64	21	32,8 0|0	34
2.ª »	34	4	11,7	65	23	35,3	27
3.ª »	34	6	17,6	66	16	24,2	22
4.ª »	41	6	14,6	59	16	26,9	29
5.ª »	43	8	18,6	57	11	19,3	19
6.ª »	47	13	27,6	53	16	30,1	29
7.ª »	41	6	14,6	59	18	30,5	24
8.ª »	40	5	12,5	60	19	31,6	24

L'Autore, sulla scorta delle osservazioni pubblicate, studia le lesioni inferte agli organi urinarii durante l'ovariotomia, occupandosi successivamente di quelle dei reni, di quelle degli ureteri, di quella della vescica.

Lesioni dei reni. — Prescindendo dai casi in cui credendo di accingersi ad una ovariotomia si praticò invece una nefrotomia, l'Autore non conosce che un solo caso citato da Spencer Wells, in cui un rene tena-

cemente adeso ad una cisti ovarica venne con questa esportato, non riconoscendo che dopo l'errore. L'operata soccombette.

Lesioni degli ureteri. — Dapprima esamina le condizioni anatomiche speciali che possono favorire la lesione dell'uretere: tali condizioni si riassumono nello sviluppo extraperitoneale od intraligamentario, che dir si voglia del tumore, condizione anatomica così bellamente illustrata dal Kaltenbach in una sua memoria, da me esaminata al suo apparire in questo stesso giornale.

Di tali lesioni ne riferisce tre casi, spettanti rispettivamente a Simon a Nussbaum, a Tauffer. In tutti e tre si ebbe all'ultimo la guarigione, oltrechè della donna, anche della fistola conseguente alla lesione. Nel noto caso di Simon, in cui l'urina separata dal rene sinistro sfuggiva oltrechè dalle pareti addominali anche dall'orificio uterino e dalla vagina vi si riparò felicemente con la esportazione del rene corrispondente. Nel caso di Nussbaum si stabilì una comunicazione tra la vescica, ed il serbatojo formato a guisa di cisti in cui si raccoglieva l'urina dall'uretere, prima di riversarsi all'esterno per la fistola addominale. Nel caso di Tauffer, fattisi accorti durante l'atto operativo della lesione dell'uretere, si strinse con una pinzetta l'estremo superiore di questo, che venne poscia, per apposita breccia innestato nelle pareti vescicali a cui fu cucito. Nel decorso ulteriore, essendosi per altro prodotta una fistola addominale, vi si riparò col procedimento di Nussbaum.

Lesioni della vescica. — Per ragioni ovvie è che un tumore ovarico contragga aderenze colla vescica, e quindi le lesioni di questo viscere sono abbastanza rare. Così l'Autore, mosso a queste ricerche da un caso proprio, non ha trovato indicazioni precise in nessuno dei libri che trattano della ovariotomia, e solo da comunicazioni dirette potè riunire alcuni casi che riferisce. Essi sommano a 10 e spettano rispettivamente a Péan, a Tauffer, a Smith, a Spencer Wells (2) a Knowsley Thornton (3) a Bantock, a Eustache. Queste osservazioni non hanno tutte la stessa significazione: nelle osservazioni di Péan, di Tauffer, di Smith e nella prima di Spencer Wells e di Thornton, la vescica fu ferita, ma non completamente aperta durante l'operazione, e non fu che qualche giorno dopo che si stabilì una fistola urinaria quando, essendo già avvenuta una inflammazione adesiva, erano meno a temersi i pericoli di una infiltrazione urinosa. Di essi, in due si ebbe la morte. In altri casi invece la ferita dell'organo fu evidente e più o meno ampia ed anche in questi si ebbe la mortalità di 2 sopra 5 vale a dire del 40 0[0. Notevole è l'altro caso di Spencer Wells in cui, nella incisione delle pareti addominali, si ferì l'uraco, anormalmente pervio e sviluppato: terminata l'operazione lo si comprese nella sutura della parete addominale e l'operata guarì. Così pure è importante il caso di Eustache: in questo la vescica per aderenze contratte col tumore ovarico, era stata tratta molto in alto dal consecutivo sviluppo di questo, talchè venne lesa a 12 centim. al disopra della sinfisi pubica: la lesione non

essendo stata avvertita che al momento della teletta peritoneale, l'urina continuò a riversarsi per 2 ore, che tanto durò l'atto operativo, nel cavo peritoneale. Si praticò la sutura della vescica e l'operata lasciava già il letto 15 giorni dopo. In questo caso venne compresa la mucosa nella sutura, e l'Autore consiglia tale partito: a me invece sembrerebbe più opportuno comprendervi solo la sierosa e malgrado del successo di Eustache per ovvie ragioni fisio-patologiche.

L'Autore riassume il suo lavoro nelle proposizioni seguenti:

1.° La lesione degli organi urinarii durante l'ovariotomia è rarissima;

2.° La ferita, ovvero l'esportazione del rene è stata seguita da morte nel solo caso conosciuto;

3.° La lesione degli ureteri è stata ogni volta seguita da guarigione;

4.° La lesione della vescica dà un contingente maggiore di successi favorevoli che non di rovesci;

5.° Quando l'uretere fosse stato diviso, bisognerà, seduta stante, praticarne la sutura: se questa è impossibile, si innesterà l'estremo superiore nelle pareti vescicali: infine, ove si producesse una fistola uretere-addominale, si dovrà praticare una via artificiale andando dalla vescica alla fistola;

6.° Se la vescica à stata aperta durante l'operazione, si farà immediatamente la sutura dei margini con catgut fenicato e si collocherà una sonda a permanenza per sette giorni;

7.° Se l'apertura si fa posteriormente, la sonda a dimora e qualche cauterizzazione ne trionferanno facilmente;

8.° In tutti questi casi il trattamento consecutivo sarà sorvegliato con la massima attenzione;

9.° L'impiego minuzioso e metodico della medicazione antisettica, riescirà il più delle volte ad assicurare l'esito favorevole.

MÖRICKE. **Entzündung des Ohrspeicheldrüse als Complication von Ovariotomien.** (*Parotite come complicanza dell'ovariotomin*). (*Zeitschrift f. Gebürtsh. u. Gynaek.* Bd. V. H. 2).

Comunque lo si interpreti, è risaputo il fatto singolare della possibile insorgenza della parotite durante l'orchite e di questa mentre quella è già sviluppata. Benchè con minor frequenza tale relazione si osserva altresì nella donna tra parotite ed affezioni degli organi genitali esterni nonchè delle ovaie come ne fanno fede i lavori di Bouteillier e Meynet e di Peter. Così pure che anche dopo traumatismi del testicolo possa insorgere la parotite lo dimostra un caso di Billroth. Sinora invece nelle classiche opere di Spencer Wells, di Peaslee, di Atlee, di Koeberlé, di Olshausen, non è fatto cenno della possibile insorgenza della parotite dopo l'ovariotomia. Mentre, in nessuna altra delle operazioni ginecologiche Schroeder ebbe ad osservare tale complicanza, s'incontrò in essa invece cinque volte nelle operate di ovariotomia, e due fra queste soccombettero, il che ne farebbe una complicanza grave e di triste pro-

gnosi. Esposte le cinque osservazioni, l'Autore svolge alcune considerazioni per dimostrare che la parotite in detti casi nè deve ascriversi all'esistenza di qualche epidemia di parotite, nè deve considerarsi come un fatto metastatico quale si osserva nelle forme infettive e settiche gravi, potissima fra tutte la riflessione che la febbre s'iniziava collo svolgersi della parotite. Sarebbe quindi a considerarsi come simpatica, per quante sieno le oscurità involte in questa espressione.

BATTEY ROBERT. — **Summary of the results of fifteen cases of Battey's operation.** (*Risultati ottenuti in 15 casi di operazioni di Battey*). (*The British Medical Journal*, april 3, 1880).

Non sarà discaro al lettore il conoscere i risultati dell'ovariotomia normale nei casi operati da Battey, che se non fu il primo a praticarla, ne fu però il primo e il più fervente apostolo. I casi sono quindici.

Mortalità. — Dei 15 casi, due furono seguiti da morte e 13 da guarigione, dando quindi una mortalità del 13 1/2 per 0/0. In sette dei 13 casi guariti, la guarigione fu pronta e non interrotta.

Risultati secondarii. — Con questo termine sono indicati i risultati constatati allo spirare dei sei mesi dopo l'atto operativo.

Separando i 13 casi guariti in tre classi, noi abbiamo tre casi (*a*) in cui venne rimosso un sol ovaio, tre casi (*b*) di incompleta rimozione di ambo le ovaie, e sette casi (*c*) di completa rimozione di ambo le ovaie. Nell'ordine accennato noi troviamo:

		a	*b*	*c*
Scomparse le condizioni morbose . . .	in	1	0	6
Scomparse le condizioni morbose solo parzialmente	in	1	1	0
Nessun miglioramento . . . . . , .	in	1	2	0
Troppo recente per dar giudizio	in	0	0	1
		3	3	7

Condizioni presenti.

Seguendo la stessa classificazione noi abbiamo:

	a	*b*	*c*
Perfetta salute	1	0	4
Salute discreta	1	1	2
Nessun miglioramento	1	2	0
Troppo recente	0	0	1
	3	3	7

Se noi ci limitiamo ai 7 casi in cui venne praticata l'operazione propriamente indicata con detto nome, in cui cioè ambo le ovaje vennero completamente rimosse, troviamo 4 donne in perfetta salute, 2 donne in salute buona, e l'altra operata troppo di recente per accertare i risultati secondarii.

Obbietto dell'operazione. — Esso è quadruplice: 1.° ovviare agli effetti di una viziosa ovulazione sul sistema generale; 2.° ovviare agli effetti di un molimen menstruale non alleviato; 3.° frenare le emorragie uterine esaurienti in nesso colla ovulazione; 4.° produrre nel sistema organico quello stato vascolare e nervoso indotto dalla menopausa.

Indicazioni. — Esse possono essere formulate con questa proposizione: l'operazione è indicata ogni qual volta noi ci troviamo di fronte ad una malattia grave, pericolosa per la vita o distruttiva della salute e della felicità, incurabile con altri mezzi meno radicali e che noi possiamo ragionevolmente sperare di rimuovere coll'arresto dell'ovulazione, anticipando cioè la menopausa. In altre parole noi dobbiamo rivolgerci la triplice dimanda; la condizione morbosa a cui noi ci proponiamo di rimediare è essa grave? È essa incurabile con altri mezzi meno radicali? È essa curabile coll'arresto della ovulazione? Se a queste tre questioni si può rispondere affermativamente il caso è proprio, se all'una od all'altra di esse si risponde negativamente, il caso non è proprio.

Incisione. — Due metodi sono stati seguiti dall'Autore: 1.° una breve incisione addominale sulla linea alba; 2.° una apertura molto più breve sulla linea mediana nel cul di sacco vaginale posteriore. Mentre nei casi a lui spettanti la mortalità colpisce soltanto il metodo vaginale, ciò non si è verificato colla esperienza altrui poichè di 54 casi a lui noti, in 34 casi fu fatta l'incisione addominale con 12 morti, ed in 20 casi la vaginale con sole tre morti, nel 1.° caso cioè colla mortalità del 35 1|3 per 0|0 nel 2.° colla mortalità del 15 per 0|0.

Trattamento del peduncolo. — In solo due casi fu lasciata la legatura a permanenza: in dodici casi le ovaie furono semplicemente strette e escise dalla catena dell'*écraseur.* Solo in uno di questi casi vi fu un po' di perdita di sangue, tosto frenata coll'applicazione di un pezzo di ghiaccio nel cul di sacco. Giudicando della propria esperienza, l'Autore è propenso a riguardare questo metodo di trattamento come perfettamente sicuro. Egli suole collocare dapprima una legatura temporaria in modo da isolare l'ovaio dal legamento largo e quindi al disopra di essa applica la catena.

Antisepsi. — Il metodo antisettico di Lister fu adoperato una sol volta e modificato essendosi operato della vagina. La rapidità della guarigione e la scarsità di secrezione dalla ferita, depongono in favore del metodo.

Effetti sulla menstruazione. — Quando venne rimossa una sola ovaja o vennero rimosse entrambe le ovaje ma incompletamente, la menstruazione continuò come prima senza eccezione; e, pure senza eccezione, quando entrambe le ovaje vennero rimosse completamente, le menstruazioni cessarono definitivamente. In un caso la paziente, che, prima dell'operazione, non era mai stata menstruata, ebbe dopo ripetutamente a lunghi intervalli e per parecchi anni emorragie uterine,

ora completamente cessate. È curioso a notarsi come, nei casi di incompleta rimozione di ambo le ovaje, quanto piccolo possa essere il fragmento ovarico sufficiente a mantenere una regolare menstruazione. (Vedi sopra in questi *Annali* a pag. 70).

CHIARA DOMENICO. — **Miscellanea di gineeologia — tre casi clinici.** (*Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria*, gennaio e febbraio 1880).

1.° Grossa cisti composta endogena dell'ovaja sinistra a contenuto colloideo del peso di kilogr. 24 — estese aderenze con il peritoneo parietale e con l'intestino. Omissione della fognatura — fissazione del peduncolo all'angolo inferiore della ferita. Rigorosa antisepsi, guarigione in 22 giorni. Riferiamo l'interessante prospetto della temperatura, del polso e del respiro durante l'operazione e qualche tempo dopo, cioè dalle 2 alle 4.7 pom.

	Ora	*Temp.*	*Resp.*	*Polso*
Prima dell'anestesia	2 p.	37°,4	—	—
Dopo cominciata l'anestesia	2.7	37°,7	22	80
	2.17	37°,5	—	—
Aperto il cavo peritoneale		36°,6	24	104
	2.22	36°,8	24	88
	2.27	36°,9	—	104
	2.32	37°,6	24	96
	2.37	37°,6	—	108
	2.50	37°,5	—	96
	3	37°,4	28	102
	3.5	37°	30	114
	3.10	36°,7	—	103
	3.15	36°,5	40	120
	3.20	36°,6	—	116
	3.30	36°,2	36	120
	3.45	36°,5	36	120
	4.7	36°,8	—	120

2.° Voluminoso leiomioma uterino sottomucoso ed intracervicale del peso di gr. 870, causa di emorragie ripetute e gravi. Enucleazione seguita da rapidissima guarigione, poichè il 7.° dì la donna abbandonava il letto.

3.° Voluminoso fibro-adenoma qua e là intracanaliculare del peso di gr. 3253 della mammella destra complicante la gravidanza. Trascorso il periodo puerperale, 64 giorni dopo il parto si passava alla demolizione del tumore; cloroformizzata la donna, con due lunghi e robusti aghi lanceolati si trafisse il peduncolo cutaneo a ridosso del tumore in disposizione crociata e poi con due giri di forte cordone elastico di gomma si strinse fortemente sotto i detti aghi coll'intento di far sporgere mag-

giormente il tumore. Incisi quindi gli integumenti con due tagli semilunari laterali si applica lo schiacciatore Chassaignac al di dietro del tumore rasente i margini delle incisioni cutanee, lo si stringe lestamente, ed il tumore vien fatto sgusciare mentre la catena scivola all' indietro e si arresta contro gli aghi lanceolati. La buccia venne chiusa con 7 punti di sutura intercisa col filo di seta. La guarigione fu pronta.

ENRIQUE GELABERT. — **Caso curioso de histerismo con paraplegia y anastesia general.** (*Revista de Ciencias médicas*, agosto 1880).

L' epigrafe posta in capo a questo lavoro « propter solum uterum mulier est id quod est » non è forse più consona colle idee fisio-patologiche che noi abbiamo attualmente, e non sono forse rigorosamente scientifiche le parole con cui dà principio al lavoro e sviluppa tale concetto. Questo motto, egli scrive, proclama oggi, come ai primi tempi della medicina, che la matrice influenza di tal modo l' organismo della donna, che la sua attività domina e dà il tono alla fisiologia ed alla patologia del sesso, dando una impronta *sui generis* alla esistenza intiera di questo essere, il più definito talvolta di quanti rinserra il creato, e nello stesso tempo il più studiato ed anatomizzato ed il meno compreso da medici e filosofi, da scrittori e poeti.

Ma di ciò basta: veniamo al caso clinico.

Trattasi di una giovane di 17 anni, non menstruata a temperamento linfatico molto spiccato. Quattro mesi prima, collo scopo di combattere adenopatie multiple e di dar vigore al suo organismo depauperato, la si era inviata ad una officina affinchè potesse porre in giuoco la sua attività stata sino allora in letargo: in questo spazio di tempo migliorò moltissimo, le adeniti erano scomparse, e nella sua fisionomia si rifletteva l'aurora di un rinascimento insperato. Precisamente a quest'epoca insorgono gli accidenti isterici in modo brusco inopinato, e l' Autore trova nel *prcpter solum uterum* la chiave dell' enigma ed il filo d' Arianna che lo guiderà nel labirinto di questo caso clinico. Il 19 giugno, trovandosi la ragazza occupata nella infermeria ed in apparenza perfettamente sana, proruppe di tratto in un grido sì acuto e stridente che fu udito nelle abitazioni vicine. La monaca infermiera accorsa ed interrogata la ragazza potè solo cavarne che essa aveva sentito un dolore di ventre tanto intenso da non poter dominare il grido che questo le aveva strappato. La ragazza continuò il lavoro che teneva fra le mani, ma non erano ancora trascorse due ore, quando si sente un nuovo grido più penetrante ancora del primo: la monaca accorsa trovò stavolta la ragazza distesa al suolo, la faccia a terra, come corpo morto e senza dar segno di vita. Quando il medico la vide due ore dopo, la pelle era fredda, cadaverica la faccia, frequente e piccolo il polso, gli occhi sbarrati, lento e impercettibile il ritmo espiratorio, ottusi i sensi, abolita la motilità. Di repente l' inferma si diede a prorompere in una

serie di grandi risate intercalate con canti allegri. In dodici giorni insomma si assiste ad un attacco classico di isterismo, con esofagismo, anestesia cutanea e muscolare generale, che poi improvvisamente si fa emi-anestesia inferiore e più tardi superiore.

Il tartaro stibiato fu trovato molto efficace per injezione ipodermica: deve notarsi per altro che fra il quinto ed il sesto giorno dell'accesso comparvero i segni del primo flusso catameniale, e in questa rivoluzione sessuale trova l'Autore la chiave dell'accesso isterico. La paziente stette otto giorni senza ingerire sostanze alimentari, e poichè è ancora recente la memoria del digiuno del dott. Tanner, aggiungerò come l'Autore racconti « di aver visto una giovane inferma, la quale presa mesi « sono da un isterismo, unico nel suo genere, ben lo si può dire, ha « passato *sette settimane* senza prendere alimentazione di alcun ge-« nere. »

GOMEZ TORRES. — **Conferencia dada a cerca del tratamiento del descenso uterino.** (*Conferenza intorno alla cura del prolasso dell'utero*). In: *La Clinica de Màlaga*, 31 agosto de 1880.

Questa conferenza venne fatta nel Collegio medico di Malaga il 17 luglio 1880. Prima di toccare la questione terapeutica, si intrattiene della patogenia di questa ribelle infermità, perchè è dessa che deve esserci di scorta nella scelta dei mezzi curativi. Esamina quindi l'azione che i diversi legamenti e la vagina hanno nel mantenere l'utero nella sua posizione normale: per convincersi dell'azione della vagina, egli dice, basta misurar la distanza a cui si trova il muso di tinca dall'orificio vulvo-vaginale e poi ripetere le misure, dopo aver dilatato tale condotto con uno speculum bivalve. Perchè l'azione di tali vincoli sia efficace è indispensabile che essi conservino il loro tono e le dimensioni e che l'organo sostenuto non aumenti notevolmente al di là del suo peso medio. Tali condizioni sono compromesse essenzialmente da una cattiva igiene del puerperio poichè da una parte si allontanano i legamenti, dall'altra il viscere è aumentato considerevolmente di peso. Una volta effettuatosi il prolasso, questo poi mantiene per ragioni ovvie uno stato congestivo costante.

Ciò premesso, passa in rassegna i diversi mezzi terapeutici messi in opera contro tale affezione.

Egli ripudia l'uso dei mezzi meccanici di sostegno: essendo la causa del prolasso consistente nella mancanza di rapporto tra peso dell'utero e resistenza dei vincoli che lo sostengono, la presenza del pessario non potrebbe dar tono ai legamenti e per contrario rilascierebbe il condotto vaginale, che a modo di colonna sostiene l'utero ed aggraverebbe lo stato congestivo o flogistico già esistente. E neppure è partigiano dei metodi operativi destinati a restringere la vagina poichè a più o meno lungo andare, non essendo tolta la causa, l'utero viene a protrudere attraverso il punto artificialmente ristretto.

L'Autore si propone di curare tale infermità combattendo le complicanze esistenti dando tono oltrechè all'organismo intiero, anche a' legamenti sospensori, ed a tal uopo si serve in modo speciale dell'acconcia posizione della donna, dell' idroterapia, della elettricità, dei mezzi astringenti.

KALTENBACH. — **Totale Extirpation des Uterus von der Scheide aus.** (*Esportazione totale dell'utero dalla vagina*). (*Centralblatt f. Gynaek.* N. 11, 1880).

H. di 57 anni, ha partorito 5 volte, l'ultima delle quali 17 anni prima. Menopausa nel 52.° anno di vita. Da 24 anni soffre di un prolasso uterino, contro cui vennero adoperati infruttuosamente i diversi pessarii e apparecchi. Nel febbraio del corrente anno, si recò dall'Autore, perchè in questi ultimi tempi i disturbi di vescica eransi notevolmente accresciuti e perchè era molestata da un continuo flusso acquoso e sanguinolente, che imbrattava letto e biancheria nella guisa più disaggradevole.

L'intiero utero giace entro la vagina totalmente arrovesciata fuori dei genitali esterni: la vescica si spinge quasi fino all'apice della massa prolassata che forma una borsa della lunghezza di 15 centim. e della massima circonferenza di 30. Il catetere penetra 12,5 centim. nell'utero. Il labbro anteriore ed una porzione del posteriore sono presi da una vasta profonda ulcerazione intensamente secernente.

Apposte due legature laterali in massa onde comprendervi l'arteria uterina al suo presunto posto d'ingresso, si pratica una incisione circolare tutto all'intorno della porzione vaginale. Indi prendendo punto di partenza da essa si preparò a mano a mano collo scalpello un pezzo di collo, lungo 4-4 centim., e ciò con emorragia considerevole che rese necessarie molteplici legature. L'apertura accidentale del peritoneo posteriormente indusse l'Autore a procedere più oltre invece di tenersi alla semplice amputazione della porzione sopravaginale del collo, ad esportare cioè l'utero con successiva chiusura mediante la sutura del cavo peritoneale. Introdotte due dita nel cavo peritoneale, attraverso l'accidentale apertura ne trasse fuori il corpo uterino, in connessione lateralmente coi legamenti, anteriormente colla plica vescico-uterina. Legati i legamenti di ciascun lato in tre sezioni, e quindi recisi e divisa la plica accennata, venne chiusa la ferita peritoneale con sei punti di sutura nodosa con filo di seta, traendo prima in vagina gli estremi dei legamenti e poichè continuava lo stillicidio sanguigno venne chiusa con sutura profonda comprendente il cellulare anche la ferita vaginale: la ferita venne ricoperta mediande ovatta preparata col timolo e quindi il tutto venne tenuto in sesto mediante una fasciatura a T. Il prolasso vaginale venne successivamente messo da parte dopo la guarigione mediante la colporafia anteriore e la colpoperineorafia, che ebbero il risultato desiderato, cosicchè la donna venne dimessa completamente gua-

rita il 14 aprile. A differenza dei casi operati antecedente è quì a notarsi la chiusura mediante sutura della ferita peritoneale, e l'aver tratto all'esterno gli estremi dei legamenti. Il lettore può trovare nello *Sperimentale* del 1876, esposta la condotta tenuta dal prof. G. Corradi in una esportazione di utero dalla parte della vagina.

SOLOWIEFF. — **Extirpation complète de l'uterus atteint de dégénérescence cancéreuse par la méthode de Freund.** (*Intera estirpazione dell'utero con degenerazione cancerosa col metodo di Freund*). In: *Archives de Tocologie*, janvier 1860.

L'osservazione può così riepilogarsi; donna di 43 anni, con carcinoma del corpo e del collo uterino: venne operata col metodo di Freund, solo riducendo a due le tre legature proposte da Freund e circondando l'atto operativo colle più minute cautele antisettiche: la morte avvenne 26 ore e 45 minuti dopo l'operazione che era durata un'ora e mezza. L'Autore si dichiara partigiano di questa operazione, ne fa un breve parallelo coll'ovariotomia, facendo spiccare come fattori di maggiore mortalità specialmente le condizioni deteriorate delle donne affette da cancro, la maggior durata dell'atto operativo, la necessità frequente di trar fuori la massa intestinale. Alla esposizione del caso tengono dietro alcune riflessioni così compendiate:

1.° È necessario trovare il mezzo di operare senza tirar fuori gl'intestini;

2.° Bisogna diminuire la durata dell'atto operativo onde non raffreddare gl'intestini e tenere per meno tempo la paziente sotto l'azione del cloroformio;

3.° Sarebbe desiderabilissimo il diminuire la lunghezza dell'incisione delle pareti addominali, il che è assolutamente impossibile col metodo attuale, soprattutto se il corpo della matrice ha acquistato un sviluppo più considerevole, il che avviene quando l'utero è colpito da cancro;

4.° È impossibile di non convenire colla maggior parte dei medici, che le due legature dei legamenti larghi proposte da Schroeder in luogo delle tre proposte da Freund semplificano molto l'operazione, soprattutto se si prende in considerazione il consiglio di Kocks, di non traforare la tuba, ma di serrare semplicemente la legatura al disopra di essa, il che raggiunge perfettamente lo scopo;

5.° Nelle mie esperienze sui cadaveri ho trovato molto comodo l'impiego dell'ago di Bruns, proposto da Leopold in luogo dell'ago trequarti di Freund, almeno se io comparo queste operazioni con quella da me praticata sul vivo, e per la quale mi sono servito dell'ago di Freund;

6.° Nel caso di cancroide del corpo della matrice, mi sembra che non bisogna contentarsi d'injettare dei liquidi disinfettanti nella matrice, ma bisogna otturarne il collo con ovatta, per prevenire ancor di più l'uscita delle masse cancerose nella cavità addominale durante l'esportazione dell'utero;

7.° Per guadagnar spazio può qualche volta essere utile estirpare una parte del fondo e del corpo uterino prima di porre la legatura inferiore (la 3.ª di Freund);

8.° Ponendo quest'ultima legatura non è necessario introdurre un catetere in vescica, perchè quest'ultimo, dilatando la vescica, non può che fare ostacolo all'applicazione della legatura, tanto più che in questo momento dell'operazione l'operatore agisce coll'ajuto del tatto e della vista;

9.° Lo zaffo di ovatta o di filaccie, che, per seguire il consiglio di Freund, s'introduce nell'infondibulo, che si produce dopo l'estrazione al difuori delle legature, attraverso la vagina, è per lo meno inutile, perchè ritenendo gli umori e impregnandosene esso contribuisce alla loro decomposizione e per conseguenza allo sviluppo del contagio. Secondo me sarebbe molto opportuno il produrre un'escara secca toccando la superficie della piaga del legamento largo con una debole soluzione di percloruro di ferro nella glicerina, come fa Koeberlé nel trattamento esterno del peduncolo dopo l'ovariotomia;

10.° Quanto alle aderenze della matrice nel suo segmento inferiore, mi sembra che varrebbe meglio non praticarne la sezione che quando si separa il lembo anteriore e posteriore, perchè allora la vista viene in ajuto del tatto;

11.° Se durante l'operazione ci troviamo in presenza di un idrope delle tube, bisogna pungerle e farne uscire il contenuto.

L'Autore fa seguire una statistica di operazioni di Freund, che qui non ripeto perchè alquanto incompleta, e perchè scorretta per errori incorsi di stampa.

Alexander Hugh Barbour. — **Cases of Carcinoma of the Female Pelvic Organs in Professor Simpson's Wards during the current Session.** (*Casi di carcinoma degli organi pelvici femminili nel comparto del prof. Simpson nella corrente sessione*). (*Edinburgh Medical Journal*, july 1880).

Sopra 45 casi trattati nel Comparto clinico ginecologico del professor Simpson in 4 mesi vi furono sei casi di carcinoma, di cui 4 spettanti al collo uterino, 1 alla vagina, 1 al collo della vescica ed all'uretra. Come più raro e più interessante riferirò quest'ultimo.

Donna di 42 anni, maritata, nullipara. La sua storia menstruale nulla presenta di notevole, tranne che la menstruazione è cessata da sei mesi. Essa si lamentava di dolore nella pelvi e di frequenza nel mingere. Questi sintomi eransi manifestati nove mesi prima. Di tanto in tanto l'urina conteneva piccole quantità di sangue. All'esame vaginale la vagina si mostrava molto impicciolita da una tumescenza applicata sulla parete vaginale anteriore, e che corrispondeva per la sua posizione all'uretra, sul collo ed al trigono della vescica. La superficie era liscia e regolare, la consistenza invece ineguale essendovi parti dure e parti

più molli. La cervice uterina si raggiungeva con difficoltà, l' utero di volume normale, era mobile alla sua parte superiore, fisso invece all'ingiù. L'uretra fu dilatata col mignolo dal prof. Simpson, il quale riescì a sentire una superficie ineguale, rozza, nodulare alla parte inferiore della vescica. La dilatazione dell'uretra portò alquanto sollievo nel mingere: dimessa poco dopo non se ne ebbe più notizia.

WINTREBERT. — **Contribution à l'étude de la sterilité.** (*Contributo allo studio della sterilità*). In: *Archives de Tocologie*, février 1880.

L' Autore venne consultato da una signora sterile dopo tre anni di matrimonio: l'esame del liquido seminale del marito mise in evidenza doversi la sterilità attribuire alla moglie. L' esame di questa dimostrò antiversione uterina e lieve stenosi dell' orificio interno. La correzione dello spostamento uterino non valse ad apportare il concepimento, fece quindi tre tentativi di fecondazione artificiale coll'apparecchio di Pajot che parimente riuscirono infruttuosi. Allora si decise per la dilatazione incruenta che mi pare avrebbe dovuto precedere il secondo mezzo impiegato. La sostanza adoperata per la dilatazione fu la spugna preparata, di cui si fecero tre applicazioni in un periodo menstruale, poscia la fecondazione avvenne, ma due mesi dopo dalla praticata dilatazione quando cioè, dice l'Autore, erano scomparsi gli sconcerti di nutrizione della mucosa uterina, che la spugna preparata doveva indurre, pur togliendo la causa meccanica di sterilità.

BERNUTZ. — **De l'hématocèle utérine symptomatique de pachy-pelvipéritonite hémorrhagique.** (*Dell'ematocele uterino sintomatico di pachi-pelviperitonite emorragica*). In: *Archives de Tocologie*, mars, avril, mai 1880.

Ecco le conclusioni tratte dall' Autore stesso:

1.° L'ematocele uterino intra-peritoneale può avere due modi di formazione assolutamente distinti.

2.° Nell'uno, che si può chiamare classico, l' ematocele è il fatto di una emorragia risultante, sia dalla rottura del sacco di una gravidanza extra-uterina o di uno degli organi genitali interni, sia dalla emigrazione pel padiglione della tromba del sangue che distendeva gli ovidotti, che fa irruzione nella cavità peritoneale e suscita una peritonite secondaria, che incistica la raccolta sanguigna.

3. Nell'altro, l'ematocele è il fatto di una pelvi-peritonite, che è primitiva riguardo alla emorragia: questa compare ad un'epoca più o meno lontana dall'inizio della infiammazione della sierosa pelvica, come manifestazione secondaria del lavorio infiammatorio, ed è fornita dalle neomembrane di data più o meno antica di cui è rivestita la sierosa pelvica.

4.° Questi ematoceli neomembranosi possono essere sintomatici; sia di una pelvi-peritonite acuta che si sviluppa in una donna che abbia avuto antecedentemente un' infiammazione più o meno grave della sie-

rosa pelvica ovvero da una pelvi-peritonite sub-acuta recidiva: sia d'una pelvi-peritonite cronica di una forma particolare. Ne risultano quindi due varietà di ematocele sintomatico di pelvi-peritonite, in ognuna delle quali l'ematoma sembra costituirsi in un modo un po' differente.

5.° Negli ematoceli sintomatici di una pelvi-peritonite acuta o subacuta, che io ho quasi esclusivamente studiati in questa memoria, e che non rientrano che molto imperfettamente nella teoria di Virchow, l' emorragia fornita dalle neomembrane pelviche, sotto l'influenza di uno stato congestivo, il più sovente menstruale, è già sulle prime abbastanza abbondante per dar luogo ad un ematoma intra-peritoneale di un volume tale, che esso è, in generale, percettibile dall' oggi all'indomani. Questi ematomi di subito formatisi si producono ad un'epoca più o meno lontana dall'inizio della peritonite acuta o subacuta, che sino allora era stata sempiice, e questa trasmutazione è accompagnata da un corteo sintomatico, che richiama quello che si osserva, quando si assiste alla produzione degli ematoceli classici detti catameniali da Trousseau. Ben di frequente è pure difficile, quando un medico esperto non abbia assistito allo stadio iniziale della malattia, il distinguere queste varietà di ematocele l'una dall'altra, perchè si presentano con disordini funzionali simili, con segni fisici, che, tranne qualche sfumatura, sono quasi identici e perchè possono avere lo stesso decorso e la stessa terminazione. Fortunatamente esse hanno pure indicazioni terapeutiche analoghe, che non differiscono se non in ciò, che si deve insistere alquanto di più sugli antiflogistici negli ematoceli sintomatici di pelvi-peritonite acuta.

6.° Nell'ultima varietà, che sola risponde esattamente alle indicazioni formulate da Virchow, l'ematocele è il risultato di un lavorio morboso subdolo, che non si rivela che con sintomi oscurissimi, e che, per i suoi caratteri, merita legittimamente il nome di pachi-pelvi-peritonite emorragica. Sotto l'influenza di questa pelvi-peritonite cronica la sierosa diventa la sede di chiazze neomembranose stratificate, di una notevole vascolarità, che gradatamente si moltiplicano e si ispessiscono nello stesso tempo che, fra le lamelle che le costituiscono, si formano degli stravasi sanguigni poco abbondanti, ma che si rinnovano frequentemente talchè si producono delle cisti sanguigne interstiziali in grembo alle neomembrane, che, aumentando di volume e sopratutto di numero, finiscono col riempire più o meno interamente la cavità pelvica. Questi ematomi intra-neomembranosi, invece di essere veramente intra-peritoneali come quelli che risultano da una pelvi-peritonite acuta o subacuta, sono assimilabili agli ematoceli della tunica vaginale. Essi decorrono subdoli finchè il tumore ematico da essi costituito è poco considerevole ma quando questo ha assunto un volume più notevole essi si manifestano con un insieme sintomatico che l' osservazione di Ferber, molto complessa da una parte e dall'altra molto incompleta, sfortunatamente non permette di precisare. Quindi nuove ricerche, le quali abbiano soprattutto per scopo di determinare, quali disordini funzionali

determinino questi ematomi intra-neomembranosi, e per quali segni fisici questi si manifestino, sarebbero necessarie per dare a questa varietà probabilmente abbastanza rara di ematocele uterino la consacrazione clinica che gli è necessaria per prendere posto nella ginecologia.

ANGUS MACDONALD. — **Three Cases of Parametritis, with observations on its diagnosis and Treatment.** (*Tre casi di parametrite con osservazioni sulla diagnosi e cura di essa*). In: *Edinburg Medical Journal*, june 1880.

Riassumendo rapidamente le tre osservazioni distesamente esposte dall'Autore, due di esse hanno in comune di dovere la loro origine a traumatismi esercitati a scopo terapeutico, (nell'un caso l'applicazione impropria di pessario di Hodge, nell'altro la dilatazione della cervice pur essendovi residui di antica parametrite) e di avere avuto lo stesso esito, la suppurazione, e la stessa cura, la pronta apertura. Entrambi i casi decorsero favorevolmente e l'Autore a ragione commenda la pronta incisione, quando la puntura ci abbia fatti certi dell'avvenuta suppurazione, onde evitare possibilmente che l'ascesso si apra in un organo vicino. Nel 3.º caso invece la parametrite fu d'origine puerperale, e il catetere introdotto nell'utero allo scopo di ben precisare i limiti tra utero e massa essudativa, ne perforò il fondo senzachè insorgessero accidenti di sorta. Anche qui venne fatta la puntura esploratoria ma senza dar esito a pus, e l'Autore ne trae partito per mettere in evidenza una volta di più l'innocuità assoluta della puntura esploratoria e quella relativa della perforazione delle pareti uterine.

Sono questi in compendio i punti principali delle tre osservazioni: la prima di queste per altro offre occasione all'Autore di fare alcune riflessioni sulla diagnosi differenziale tra perimetrite e parametrite che meritano di essere riassunte:

1.º Può ritenersi come ammesso da ogni parte che le lesioni e le malattie della parte superiore della vagina e della cervice, predispongano piuttosto alla parametrite, mentre quelle che comprendono il corpo od il fondo sono più di sovente accompagnate dalla perimetrite. La storia del modo d'insorgere della malattia e delle affezioni concomitanti deve quindi illuminarci a tale riguardo;

2.º L'alta posizione nella pelvi ed ancora più l'alta posizione nell'addome della massa essudativa indica che la lesione è perimetrica: mentrechè la sua bassa posizione nella pelvi, la sua tendenza a tenersi serrata alle pareti pelviche e lungo queste a diffondersi alla fossa iliaca, oppure a farsi strada verso le natiche per la incisura ischiatica, tendono a stabilire che il tumore è parametrico;

3.º Nel valutare l'importanza dell'elevata posizione del tumore infiammatorio, non si accorderà mai troppo valore al rapporto della porzione vaginale del collo colla tumefazione. Nel caso di essudazione pe-

rimetrica la cervice uterina è projettata entro la vagina in tutta la sua lunghezza, mentre se si tratta di parametrite il collo appare accorciato per ragioni ovvie;

4.° È risaputo che l'infiammazione del peritoneo più facilmente si associa col vomito che non l'infiammazione extra-peritoneale;

5.° È pure di gran valore il modo di diffusione dell'essudazione, e ciò può di leggeri ammettere ognuno a cui sia famigliare la disposizione del connettivo pelvico;

6.° Queste stesse cognizioni fanno presupporre che la parametrite possa essere frequentemente più localizzata che la perimetrite, al di dietro cioè, al davanti od ai lati dell'utero.

MÖRIKE. — **Ein Fall von weiblicher Epispadie.** (*Un caso di epispadia femminile*). (*Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynaek.* V. Bd. 2 H. 1880).

Nel luglio 1879, frequentando io la clinica di Schroeder, questi mi presentava un caso di epispadia femminile, reso ora di pubblica ragione da uno de' suoi assistenti, il Möricke.

Questo caso oltrechè importantissimo per la rarità, poichè all'Autore non venne fatto di trovare che tre casi simiglianti, è reso più pregevole dal fatto, che un atto operativo valse a guarire la paziente dalla sua crucciosa malformazione. I tre casi simili spetterebbero a Roser, a Gosselin, a Kleinwächter, più importante il primo perchè la paziente venne guarita con appropriato atto operativo. Veniamo ora al caso di Schroeder.

La paziente venne accolta nella clinica il 29 giugno 1879. Di anni 22, di costituzione molto robusta, menstruata regolarmente dal suo 14.° anno è nubile e non ha mai partorito. Dalla sua nascita l'urina sgocciola involontariamente, e solo in posizione seduta, quando ella stringa fortemente le coscie, riesce a trattenerne piccole quantità per breve spazio di tempo. A sette anni, in causa di tale infermità venne operata ma infruttuosamente da uno de' più rinomati chirurghi di Berlino.

All'esame dei genitali esterni i pubi si mostrano ben sviluppati e riccamente chiomati. Le grandi labbra non convengono sul monte di Venere, e neppure le piccole labbra riescono a riunirsi, chè anzi tra loro si trova un solco poco profondo a mo' di conca, rivestito di una specie di mucosa e che si fa più ampio andando verso l'*introitus*: il suo tessuto è immedesimato colla sinfisi sotto-giacente, chiusa. Nel resto le grandi labbra sono ben conformate. L'origine di ambo le ninfe è segnata da due piccole produzioni verrucose, che si trovano all'interno delle grandi labbra e che si riconoscono senza difficoltà per il clitoride diviso. Si sentono distintamente i corpi cavernosi, si vede il prepuzio diviso, il glande, il frenulo. All'estremo del solco a mo' di conca sopramenzionato all'indietro dell'introito, sulla parete vaginale anteriore, si

scorge un'ampia apertura, dalla quale stilla urina e per la quale si migàolo riesce senza difficoltà nella vescica piccola, inspessita, contratta. Un' uretra non esiste. Non si scopre nessuna cicatrice residua all'antecedente operazione. I genitali interni sono normalmente conformati.

Con una operazione di plastica riesci in sedute successive a formarle un'uretra e a mettere in tal modo da parte le sue diuturne sofferenze. Chiude il lavoro una serie di considerazioni sull' origine di questo difetto di prima formazione. Schroeder ne ripete la causa dal fatto, che la parte inferiore dell'allantoide che si converte nel canale uretrale, rimane chiusa e che quindi per l'accumulo di liquido l'uretra imperforata sia spinta fortemente all' innanzi e impedisca la riunione dei corpi cavernosi. L'estremità chiusa dell'uretra dalla pressione sempre più crescente del liquido è mano mano assottigliata e quindi scoppia. In tali circostanze può il canale uretrale intieramente mancare o presentare un piccolo difetto, forse anche pervenire alla sua formazione normale.

Due figure unite alla memoria rappresentano questo difetto di formazione prima e dopo l'atto operativo.

CHÉRON. — **Leçons cliniques sur les maladies de la femme.** (*Lezioni cliniche sulle malattie della donna*). In: *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes.* T. 1, 15 mai 1879, 15 mai 1880.

Addetto da dieci anni all' ospedale speciale di S. Lazzaro, il valente ginecologo ha fondato questo giornale, quasi a ricevere le idee da lui professate ed esposte alla Scuola pratica, e siccome esse in alcuni punti si discostano alquanto da quelle più comunemente adottate, darò qui un sommario delle lezioni pubblicate nel 1.° anno di vita di detto giornale.

LEZIONE 1.ª

Fa un rapido cenno storico della ginecologia in Francia, in Inghilterra, in Germania, in America, esaminando i diversi sistemi che a volta a volta dominarono in ginecologia. Esistono delle affezioni uterine senza diatesi ma per altro c' è una relazione importante fra le diatesi e certe affezioni uterine. Nei seguenti principii è formulata la dottrina fisiologica dell'Autore. Tutte le affezioni uterine, sieno indipendenti dalla diatesi, o sieno con questa in relazione, risultano da una lesione centrale midollare che è la causa diretta del disordine trofico dell'organo. Le irritazioni periferiche che si trasmettono ai centri gangliònari del midollo lombare, o del simpatico della stessa regione, paralizzano i centri d'innervazione vaso-motrice ed apportano una congestione permanente dell' apparato utero-ovarico. Se l' organismo non è colpito da una diatesi, le lesioni uterine restano limitate alla congestione, all'ingorgo ed ai disordini funzionali, quali amenorrea, dismenorrea, emorragie: se l' organismo invece è colpito da una malattia costituzionale la congestione uterina può allora condurre alla metrite, alla

ulcerazione del collo, ai tumori, alle cisti, ecc. Esiste quasi sempre una relazione fra le affezioni dell'utero od anche i più lievi disordini dell'apparato utero-ovarico e la nevralgia lombo-addominale, la quale è precisamente l'espressione della sofferenza del midollo, sopravvenuta per l'influenza delle eccitazioni partite dagli organi genitali e trasmesse dai filetti del simpatico. La cura delle affezioni uterine deve quindi avere il triplice scopo:

1.° Di fare cessare la congestione esercitando una deplezione del sistema vascolare dell'utero, ed impedendo che si riproduca, ridonando ai centri d'innervazione vaso-motrice la loro tonicità primitiva;

2.° Di spegnere l'irritazione spinale, della quale la nevralgia lombo-addominale è il sintomo patognomonico;

3.° Di modificare lo stato diatesico che permette alla irritazione spinale d'imprimere all'affezione uterina una modificazione trofica profonda che non la si trova punto nell'organismo non colpito da malattia costituzionale.

Alla 1.ª indicazione soddisfa specialmente con la cura osmotica, basata particolarmente sull'uso della glicerina, che per le sue condizioni peculiari fisico-chimiche toglie ai tessuti circa dieci volte il suo peso di liquido.

Alla 2.° indicazione soddisfa coi rivulsivi, coi rubefacienti, colle applicazioni d'acqua calda o fredda secondo il metodo di Chapmann alla regione dorso-lombare, colle applicazioni narcotiche o con quelle stimolanti.

Alla 3.ª indicazione soddisfa oltrechè coi ferruginosi, coi preparati jodici, cogli arsenicali, anche colla idroterapia, coi bagni di mare, colla elettricità statica e dinamica, colle acque minerali.

LEZIONE 2.ª.

Divide le affezioni uterine come risulta dal seguente specchietto, nel quale l'ingorgo rappresenta quasi il passaggio tra l'una e l'altra classe.

1.ª Classe	Lesioni funzionali	Amenorrea Dismenorrea Emorragie Leucorrea Congestione.
	Ingorgo.	
2.ª Classe	Lesioni di tessitura	inflammatorie, ulcerative, iperplasiche, linfatiche.
	Lesioni di situazione	
	Lesioni organiche.	

Definisce con Jaccoud la congestione « un fenomeno normale delle funzioni, che non diventa morboso, se non quando oltrepassa il maximum delle oscillazioni fisiologiche. » Studiatene quindi le cause, le forme, la anatomia patologica, passando allo studio speciale delle congestioni uterine le divide nelle cinque seguenti classi:

1.ª Congestione uterina dovuta alla difficoltà opposta al ritorno del sangue verso l'organo centrale.

2.ª Congestione impropriamente chiamata riflessa.

3.ª Congestione diretta per lesioni fisiche dei centri.

4.ª Congestione per scuotimento del centro cerebro-spinale, scuotimento fisico o morale.

5.ª Congestione uterina mobile in rapporto colla irritazione spinale e che costituirebbe la forma più ribelle.

Lezione 3.ª.

La 3.ª lezione risguarda la patogenia delle diverse forme di congestione.

La 1.ª specie di congestione uterina è dovuta, al principio, ad un fenomeno puramente meccanico che può complicarsi più tardi con lesioni vaso-motrici. E quì l'Autore parla incidentalmente della termometria uterina applicata allo studio della congestione uterina. Già Alexieff aveva fatto l'applicazione del termometro nella metrite e nelle infiammazioni periuterine, mentre già Baehrensprung e Schlesinger avevano fatto studii di termometria uterina nella gravidanza ed in altre circostanze. Questi osservatori dopo aver stabilito che la temperatura uterina, allo stato normale, è eguale a quella della vagina, hanno riconosciuto che nelle infiammazioni, metrite cronica, peritonite, flemmone peri-uterino, essendo la temperatura ascellare massima di 38°,5, quella dell'utero poteva elevarsi fino a 39°,5. L'Autore ha riconosciuto nella congestione uterina elevazioni termiche tra 38°,6 e 39°,2, ed in sette ammalate, affette da fibroidi la temperatura uterina oscillò fra 38°,4 e 39°,1.

Le altre quattro specie di congestione uterina sono dovute a lesioni dei centri spinali d'innervazione vaso-motrice. Tutti i nervi vaso-motori non hanno punto il loro centro d'azione riflessa in un solo punto del bulbo rachidico (Brown-Séquard). Esiste un gran numero di centri vasomotori nell'asse spinale, indipendenti, in una certa misura, l'uno dall'altro, e sottomessi alla influenza coordinatrice del bulbo rachidico (Vulpian e Goltz). I gangli nervosi situati nei plessi peri-vascolari e nelle pareti dei vasi esercitano pur essi l'ufficio dei centri vaso-tonici. Le fibre constrittrici dei vasi che si distribuiscono a ciascun organo dipendono da uno o da parecchi centri d'innervazione vaso-motrice situati nel midollo spinale e nei gangli del simpatico, centro d'innervazione in uno stato permanente di semi-attività alla quale è dovuto il tono vascolare. Le irritazioni portate sulle estremità periferiche dei nervi va-

scolari o gli scuotimenti direttamente trasmessi a questi centri dalle lesioni del cervello o del midollo, producono la sospensione della attività tonica dei centri vaso-motori e producono i fenomeni di congestione impropriamente chiamati riflessa. L'ultima specie di congestione uterina (congestione uterina mobile in rapporto alla irritazione spinale) è dovuta alla moltiplicità delle eccitazioni periferiche partite dai differenti organi, ed alle reazioni vicendevoli dei centri d'innervazione vasomotrice.

Lezione 4.ª, 5.ª, 6.ª, 7.ª, 8.ª e 9.ª.

Studiata nella lezione 4.ª la sintomatologia della congestione uterina, svolge nelle lezioni successive l'importante argomento della cura.

Gli sforzi della cura debbono volgersi in ogni circostanza a raggiungere il doppio scopo, di produrre la deplezione dei sistemi circolatorii dell'utero e di mantenere questa deplezione rendendo ai centri vaso-motori la loro attività tonica. L'Autore accorda grande valore alla medicatura osmotica colla glicerina di cui dimostra le notevoli proprietà disidratanti, per la sua potente affinità per l'acqua. La glicerina deve soddisfare alle seguenti condizioni:

1.° Non deve contenere più del 4 0[0 d'acqua, il che le fa notare 30° all'areometro Baumé, purchè essa non sia punto adulterata con glucosio;

2.° Deve essere perfettamente neutra. Il miglior modo di assicurarne è di mescolare sul porta-oggetto del microscopio una goccia di tintura di tornasole ed una goccia della glicerina da saggiarsi;

3.° Non deve contenere nè calce, nè ossido di piombo, nè cloro, nè cloruri, nè acidi grassi o minerali;

4.° Il suo sapore deve essere francamente zuccherino ed il suo contatto coi tessuti viventi, le mucose in particolare, non deve far provare alcuna sensazione penosa di cociore.

Messa in sodo l'attività osmotica della glicerina, l'Autore si dimanda quali sono le modificazioni che il tannino, l'acido picrico, l'acido salicilico, i sali (bicarbonato di soda o di potassa, clorato di potassa, salicitato di soda, solfato di ferro, solfato di rame, solfato di zinco) uniti alla glicerina, fanno subire all'osmosi vaginale. Le sue esperienze coll'endosmometro gli hanno dimostrato che ogni soluzione di glicerina a 30° Baumé che contiene il 5 0[0 d'acido picrico o d'acido salicilico riversa in sei ore una quantità di liquido che sta a quello riversato nello stesso tempo sotto l'influenza della glicerina sola, come 9 : 8. Sotto l'influenza del tannino sciolto a caldo nella glicerina tale rapporto sarebbe : : 11 : 8. Col salicilato di soda, il solfato ed il clorato di potassa sempre al 5 0[0, detto rapporto varierebbe da 12 : 8 a 19 : 8. I carbonati di soda e di potassa lo fanno salire a 23 : 8. Naturalmente non tutte le sostanze esperimentate possono adoperarsi nella pratica al titolo indi-

cato di soluzione: così la soluzione di acido picrico e di acido salicilico non deve oltrepassare 1 a 2 0[0 se il collo è ulcerato. Per il tannino il titolo della soluzione può essere portato al 25 0[0, per i solfati basta tenersi a 1 0[0, per il clorato ed il salicilato di soda non conviene oltrepassare il 10 0[0, e per i carbonati di soda e di potassa consiglia di arrestarsi al 2 0[0.

La glicerina sola è specialmente capace di togliere le congestioni: l'unione di sostanze medicamentose avrà per scopo specialmente di modificare le superfici rose, od unte su cui vengono applicate. Dell'efficacia nella cura osmotica l'Autore se ne è convinto, oltrechè per le modificazioni accessibili al senso della vista, anche misurando il volume del collo mediante un suo speciale strumento, chiamato da lui cervicimetro. Tale medicatura può estendersi oltrechè alla cura della congestione anche a quella di altre affezioni uterine, che si complicano colla congestione, e che da questa ripetono il loro inizio.

Nell'ultima lezione prende quindi in esame le sottrazioni sanguigne locali, fatte col mezzo delle sanguisughe o dello scarificatore e ne discute le indicazioni e le contraindicazioni.

Burckhardt. — **Beitrag zur Therapie der Uterus-Fibromyome: Neue Operationsmethode bei submucösen Tumoren.** (*Contribuzione alla terapia dei fibromi uterini: nuovo metodo operativo nei casi di tumori sotto-mucosi*). (*Separatabdruck aus der « Deutschen Medicinischen Wochenschrift. »* N. 27, 1880).

Amalia N. cucitrice, nubile, d'anni 35, entra nella policlinica ginecologica di A. Martin l'11 maggio del corrente anno, in causa di profuse emorragie, contro le quali erano riuscite infruttuose le injezioni ipodermiche di ergotina. È estremamente anemica: palpando l'addome avvertesi un tumore di forma ovale, di consistenza dura, a superficie liscia che dalla piccola pelvi risale fino alla cicatrice ombellicale. La bocca uterina è poco aperta, le labbra sono tumide e non offrono lacerazioni, il collo uterino è duro, la volta vaginale posteriore è spessa e sensibile. Coll'esame combinato non si sentono le ovaje. La siringa urta, immediatamente al disopra dell'orificio interno, contro un ostacolo che si oppone al suo progredire. La porzione vaginale è spinta in direzione opposta, ove si sposti il tumore in un dato senso il che conferma ancor di più la diagnosi di fibromioma.

La mattina del 12 maggio venne introdotto un cono di *tupelo* nel canale cervicale e ne venne rimosso alla sera. Così si potè penetrare col dito attraverso la cervice e sentire l'estremità inferiore di un tumore impiantato con larga base sulla parete uterina posteriore. Poichè il canale cervicale era ancora troppo ristretto per un'operazione dalla vagina, venne introdotto un dilatatore di Barnes: rimosso questo al mattino successivo, il collo si rinchiudeva ancora sul dito esploratore, per cui venne nuovamente tentata la dilatazione mediante due sacchetti

di Barnes, di cui l'uno venne posto nella cavità uterina, l'altro nel canal cervicale. L'utero reagì con contrazioni dolorose; pure 12 ore dopo, le cose erano allo stesso punto, e appena rimossi i dilatatori, il collo ritornava tosto su di sè stesso. La siringa introdotta dava per la cavità uterina una lunghezza di 17 centim.

Tali maneggi per quanto circondati da ogni cautela avevano stancato la donna, per cui si decise di allontanare il tumore per la via addominale. Rialzate alquanto le forze della paziente, dieci giorni più tardi si procedette da Martin all'atto operativo. Incisa la linea alba per 17 centimetri circa, poichè non c'erano aderenze, si potè sgusciare l'utero ingrossato dal tumore giovandosi vuoi della mano, vuoi delle pinze di Muzeux. Al disotto delle tube e delle ovaje si fece provvisoriamente la costrizione elastica mediante un tubo di gomma, indi, spaccato il fondo e la parete anteriore dell'utero come nel taglio cesareo, apparve tosto il tumore impiantato sulla parete posteriore ed avvolto in un'atmosfera muscolare che formavagli una nicchia della lunghezza di 17 centimetri circa. Incisa la mucosa e lo strato muscolare di rivestimento, in modo da esportare un pezzo della grandezza di un palmo si snucleò il tumore riunendo quindi la culla del tumore e poscia la parete uterina anteriore con punti di sutura profonda e superficiale, in numero di sei per la prima, di 20 per la seconda; e poichè le ovaie erano alquanto ingrossate e una di esse anzi presentava inizio di degenerazione si amputarono, previa legatura perduta. Si chiuse indi anche la ferita delle pareti addominali. L'operazione durò un'ora e mezza e la guarigione coronò l'ardito procedimento.

CARL SCHROEDER. — **Die Laparotomie in der Schwangerschaft. Mit 2 litographirten Tafeln.** (*La laparatomia nella gravidanza*). (*Zeitschrift f. Gebürtsh. u. Gynaek.* V, Bd, 2 H).

Quanto più si estendono le indicazioni dell'ovariotomia e se ne limitano le controindicazioni, tanto più acquista importanza la questione, di fronte alla complicanza colla gravidanza dei tumori ovarici, se ed eventualmente in quali circostanze l'arte possa intervenire colla ovariotomia.

Sopra 200 ovariotomie eseguite dall'illustre prof. Berlinese, 7 vennero eseguite sopra gravide e di esse viene data relazione in questa memoria. E poichè su questo argomento non si possiede ancora una esperienza sufficiente, compendierò quivi le notizie risguardanti le osservazioni accennate:

I. Donna di 22 anni, due parti antecedenti, ultima menstruazione il 16 novembre 1875. Il 2 febbraio 1876 primo esame: retroflessione dell'utero gravido su cui giace un voluminoso tumore ovarico. Il 14 marzo 1876 ad un nuovo esame si trova che l'utero ulteriormente aumentato si è ridotto spontaneamente al disotto del grosso cistoma; ovariotomia il 25 maggio 1876. Operazione senza accidenti. Affondamento del pedun-

colo. Guarigione. Il 31 agosto 1876 parto felice di un bambino molto sviluppato.

II. Donna di 29 anni, un parto antecedente nel gennajo 1876. Nel marzo 1876 venne punta: alla fine di giugno 1876 ultima menstruazione. In causa del prolasso dell'utero gravido retroflesso e della ritenzione di urina, venne punto il cistoma il 7 ottobre 1871, dopodichè suppurazione della cisti e febbre fino a 40°,2, nuovamente prolasso e ritenzione di urina. Ovariotomia il 10 ottobre senza difficoltà. Caduta della febbre. Essudato a destra. Aborto in 13.ª giornata. Guarigione. In seguito ebbe due nuove gravidanze molestate entrambe da dolori addominali, e terminate la 1.ª con parto podalico spontaneo, la seconda con parto artificiale (versione) per presentazione della spalla e procidenza del funicolo.

III. Donna di 28 anni, due parti antecedenti, l'ultimo il 7 novembre 1876. Subito dopo osservò un tumore nel ventre. Al principio dell'ottobre 1877 essa ebbe l'ultima menstruazione. L'utero è ingrandito, molle retroverso: gli annessi di destra si sentono distintamente. Il grosso cistoma, nettamente fluttuante raggiunge la fossetta epigastrica. Il 27 gennaio 1878 ovariotomia. Fu necessaria una lunga incisione, aderenze parietali; doppia legatura del peduncolo e suo affondamento. Guarigione. Parto spontaneo al termine della gravidanza.

IV. Donna di 36 anni: 11 parti antecedenti, il ventre già da molto tempo sviluppato, assume nella 12.ª gravidanza nel corso del 7.° mese dimensioni così colossali, ed i disturbi si fanno talmente gravi che la sua riduzione di volume appare assolutamente necessaria. Ovariotomia il 30 aprile 1878. L'utero aveva talmente rotato nel suo asse, che il breve peduncolo del cistoma ovarico destro giace completamente all'indietro. Il 4 maggio parto prematuro di un bambino di circa 28 settimane e che muore 4 giorni più tardi. Dopo il parto rapida guarigione. Nell'anno successivo nuova gravidanza e parto facile, a termine, di un bambino vivo.

V. Donna di 24 anni, nullipara. Al principio del marzo 1878 ultima menstruazione. Ovariotomia, il 25 maggio 1878, affondamento del peduncolo, guarigione. Parto spontaneo il 29 novembre 1878.

VI. Donna V para, ultimo parto il 23 agosto 1877. Già nell'antecedente gravidanza il ventre era molto sviluppato, talchè la levatrice aveva diagnosticato una gravidanza gemellare. Schroeder la visita per la prima volta il 7 novembre 1877 e riconosciuto un tumore ovarico senza complicanze propone l'operazione che non viene accettata. Il 3 ottobre 1879 ritorna col tumore ovarico più voluminoso e complicato dalla gravidanza di 3 mesi circa poichè aveva avuto l'ultima menstruazione il 6 luglio. Ovariotomia il 5 ottobre senza accidenti. Guarigione. Parto felice il 13 aprile 1880.

VII. Donna di 34 anni, IV para, l'ultimo parto 6 anni prima. Da 4 mesi sospensione dei menstrui. In questo caso importantissimo, eviden-

tamente un tumore ovarico destro quattro anni prima, per torsione del proprio peduncolo, aveva dato origine ad una peritonite per'cui esso si era staccato dal peduncolo, contraendo aderenze in tutta la sua periferia. Anche l'ovajo di sinistra era convertito in un tumore ed il corpo luteo, dell'attuale gravidanza trovavasi precisamente alla base di questo. Tali rapporti venivano messi in luce dalla laparotomia eseguita il 31 gennaio 1880. L' ovariotomia fu molto laboriosa per la quasi totale e fitta aderenza del tumore colle pareti. Sette settimane più tardi ebbe luogo l'aborto. Al momento della pubblicazione la donna era quasi completamente ristabilita non rimanendo che una piaga da decubito.

Riepilogando, tutte e sette le donne operate guarirono, non solo, ma in quattro la gravidanza fu portata felicemente a compimento. Risultati questi che senza dubbio parleranno eloquentemente alla mente del lettore in favore dell'intervento nel corso stesso della gravidanza quando si pensi che dall'accurata statistica di Litzmann nei parti complicati da tumori ovarici si avrebbe di mortalità il 43 0[0 per le madri e 83 0[0 pei bambini. Tale appunto è la conclusione di Schroeder il quale insiste anche sulla convenienza di operare nei primi mesi della gravidanza.

Più rara (1) ma anche più grave è la coesistenza dei miomi uterini colla gravidanza. Ecco i casi comunicati da Schroeder.

I. Mioma voluminoso complicato colla gravidanza; sondaggio; aborto.

II. Si fa la diagnosi di probabilità, mioma uterino con gravidanza, aborto spontaneo.

III. Voluminoso mioma complicato con gravidanza. Parto prematuro spontaneo.

IV. Gravidanza complicata da due voluminosi miomi l' uno al fondo, l'altro nello scavo. Nel travaglio questo si eleva per le contrazioni uterine ed il forcipe termina il parto. Morte improvvisa della donna dopo alcuni giorni.

V. Questo caso è indubbiamente il più importante perchè offriva occasione di fare la miomotomia in gravidanza con risultato felice.

Donna d' anni 40, rimasta sterile per anni 20. Il 20 febbrajo 1879 Schroeder aveva occasione di visitarla per la prima volta e ritrovava l'utero convertito in un irregolare convoluto di piccoli nodi, il tutto della grandezza di un pugno; al disopra ed in connessione con esso giaceva un altro tumore nodoso della grandezza di una testa di bambino. Il 26 giugno il reperto era eguale, solo il volume era alquanto aumentato: evidentemente si trattava di un convoluto di piccoli miomi interstiziali e di un grosso mioma sotto-sieroso peduncolato. Il 21 ot-

---

(1) Dalle mie ricerche comparative dovrei ritenere invece più frequente questa complicanza, anche prescindendo, come fa l'Autore dai piccoli fibromi interstiziali o sotto-mucosi non rari nella pratica.

tobre la donna si fece nuovamente vedere perchè i tumori erano rapidamente cresciuti dopochè al 26 di luglio erano apparse le regole per l'ultima volta. Si pone la diagnosi di sopravvenuta gravidanza: anche il mioma sotto-sieroso era aumentato, ed in vista del piccolo peduncolo, accettò l'ipotesi che esso fosse in connessioni vascolari coll'omento, onde spiegare un sufficiente afflusso sanguigno. Il 14 novembre l'utero ed il mioma sotto-sieroso erano aumentati ancora di più ed il tumore era solidamente compresso contro l'arco costale. I disturbi della paziente erano gravissimi. Schroeder, anzichè provocare l'aborto, colla certezza di dover fare più tardi la laparotomia ove la donna fosse sopravvissuta, s'indusse a fare tosto la miomotomia. Questa fu praticata il 16 novembre 1878 nella 16.ª settimana di gravidanza. Il taglio delle pareti addominali fece tosto riconoscere come si prevedeva, numerose e grosse connessioni vascolari tra omento e mioma che traeva da esse il suo nutrimento, poichè molto piccoli erano i vasi che scorrevano nel peduncolo. Incise tali aderenze fra doppie legature, fu difficile l'enucleazione del tumore tanto questo era incarcerato fra fegato ed utero gravido e si richiese una incisione fino all'apofisi ensiforme: legato il peduncolo con doppio filo, venne esciso il grosso tumore. Così si praticò di altri due miomi. La ferita addominale fu chiusa con 24 punti. Guarigione senza accidenti. Il 30 aprile 1880 parto terminato felicemente con una applicazione di forcipe. Puerperio normale.

TERZO CONGRESSO FRENIATRICO ITALIANO

tenuto in Reggio Emilia dal 23 al 27 settembre 1880

Adunanza inaugurale.

Aprivasi il Congresso con belle parole da parte del Sindaco, del ff. di Prefetto, del Presidente dell'Amministrazione del Frenocomio di S. Lazzaro e con uno splendido discorso del Presidente della Società Freniatrica Italiana, prof. Andrea Verga; quindi il dott. Serafino Biffi, Segretario-Tesoriere della Società, dava lettura della relazione economica morale, e nominate diverse Commissioni, secondo le prescrizioni dello Statuto della Società, per acclamazione fu eletto Presidente il dott. cav. Luigi Lolli, Direttore del Manicomio d'Imola (1).

(1) A vice-Presidente venne nominato il prof. cav. Augusto Tamburini, a Segretario il dott. Morselli, Direttore del Manicomio di Macerata.

In questo stesso giorno si inaugurava in una sala del Politeama la Esposizione Freniatrica, nella quale figurarono non pochi oggetti presentati da diversi manicomi, nonchè istrumenti scientifici e prodotti industriali di varie specie attinenti alla psichiatria.

I.

Adunanza del 24 settembre.

I. *Il dott. Biffi* riferisce intorno il tema proposto al Congresso di Aversa, *Sulle modificazioni da portarsi allo Statuto ed al Regolamento della Società Freniatrica.*

Le più importanti modificazioni introdotte sono le seguenti, approvate senza discussione, o con lievi mutamenti.

1.° Le adunanze della Società saranno valide quando intervengano tre membri almeno, oltre la Presidenza;

2.° Ai Congressi potranno prendere parte, senza diritto di voto, persone estranee alla Società, purchè medici;

3.° Il segretario del Congresso si associa uno o due vice-segretari di sua fiducia;

4.° Il Comitato degli affari della Società giudica pure se le memorie del Congresso debbono essere per intero o soltanto per estratto inserite nel giornale della Società;

5.° Il Congresso non si occupa che di questioni scientifiche e di temi generali. Le memorie ed i lavori presentati in omaggio al Congresso rimangono proprietà del Manicomio della città in cui il Congresso è stato adunato;

6.° In ciascun Congresso non potranno essere nominati più di tre membri onorari (1);

7.° Chi vuol fare al Congresso comunicazioni verbali o scritte, ne forma un sunto per il Segretario, cui deve essere rimesso poco prima della seduta;

8.° Ogni comunicazione o lettura non dovrà durare più di 20 minuti;

9.° I relatori dei temi debbono presentare due mesi prima del Congresso alla Presidenza le loro conclusioni, e queste si dirameranno ai membri della Società;

10.° Il Direttore di un Manicomio, o chi per esso, raccoglie le quote dei membri della Società appartenenti allo Stabilimento cui è preposto e ne fa invio in principio d'anno al Segretario-Tesoriere della Società;

11.° I soci onorarii si nominano fra gli alienisti più insigni delle altre nazioni;

12.° I soci corrispondenti esteri sono nominati dalla Società Freniatrica per proposta di qualche socio effettivo. Pagano solo la tassa del giornale.

---

(1) Per proposta dei dottori Michetti e Grilli fu approvato che si limitasse la cifra dei soci onorari a dodici soltanto.

La proposta del Morselli di modificare l'articolo dello Statuto, che inibisce si possa adunare il Congresso nelle grandi città della Penisola, viene combattuta dal Fiordispini e dal Verga, il quale asserisce che la serietà dei Congressi antecedenti va in gran parte dovuta alle qualità modeste dei luoghi in cui furono tenuti (1).

II. *Morselli.* « Sul modo col quale la pazzia, l'epilessia e l'idiotismo sono geograficamente distribuiti in Italia. »

Il dott. Morselli ha fatto i suoi studj sopra i coscritti di leva, per essere questo metodo preferibile agli altri sui quali si è eseguita la statistica dei pazzi: il censimento cioè e la statistica dei manicomi.

Per tal modo gli studj cadono sopra individui di età giovane e di un solo sesso, ciò che è un difetto rilevante per uno studio statistico generale, ma che non è più tale, a suo avviso allorchè, le ricerche si limitano ad alcuni dati, come la idiozia e l'epilessia. Queste infatti si sviluppano in una età precoce. Applicando siffatti criteri, egli ha potuto stabilire le proporzioni in cui sono distribuite sì l'epilessia che la idiozia sulle diverse regioni e provincie dell'Italia, e formare due quadri geografici, che le fanno subito saltare all'occhio dell'osservatore. Appare da tali studj che la parte superiore d'Italia dà il maggior contingente di idioti. La Lombardia ne ha il massimo, rappresentato da 16,92 0[0. Vengono poi la Liguria, l'Emilia, il Piemonte e via dicendo. Questo per le regioni. Per le provincie si rileva che quella di Sondrio dà il massimo dei cretini; vengono poscia Belluno, Brescia, Vicenza, Como, Cuneo, Torino, Genova, ecc. È così confermato che su tutte le valli alpine si estende in larga proporzione il cretinismo.

Per l'epilessia trova che la sua distribuzione eccede sopra due zone ben distinte. Ne trova una nella Sicilia, la quale presenta pure un forte numero di pazzi. L'altra si estende alla Toscana ed alla Liguria. Crede di poter mettere questo fatto in rapporto alle abitudini marinaresche degli abitanti di queste regioni. Egli si è giovato dei suoi studi statistici anche allo scopo di determinare dove prevalga la precocità della pazzia. Questa si troverebbe in modo segnalato nelle Romagne, dove si ha pure il massimo dei suicidi. La provincia di Ravenna fra tutte si distingue per il forte numero di epilettici, di suicidi e di pazzi. Morselli finisce ricordando, senza altri commenti, come appunto in queste regioni si abbia la maggior frequenza dei delitti di sangue.

Il dott. La Loggia, direttore del Manicomio di Palermo, fa notare che per la Sicilia la cifra enorme di epilettici che offre il contingente di Leva è basata sulla simulazione della epilessia, da molti tentata allo scopo di sottrarsi dal servizio militare.

---

(1) In altra adunanza (quella del 27 settembre) il Raggi dava conto dello stato economico della Società assai florido, tanto da proporre d'ampliarne il Giornale.

III. *Verga Andrea.* « Sulle cause della pazzia in Italia. »

Annunziò che basandosi sul risultato del censimento operatosi la notte dell'ultimo dicembre 1877, egli ha potuto stabilire che fra tutte le cause che determinano la pazzia, la *pellagra* trovasi nel rapporto dell'8,88 0[0; le *malattie della vita fetale e della prima vita extra-uterina* del 7,77 0[0; *i disturbi delle funzioni sessuali e della maternità nella donna* del 6,96 0[0; l'*epilessia* del 6,68 0[0 (e più particolarmente del 7,73 nei maschi e del 5,51 nelle femmine); l'*alcoolismo* del 3,92 0[0; l'*abuso di Venere e della vita* del 3,73 0[0 nei maschi, dell' 1,16 0[0 nelle femmine. Fra le altre considerazioni esposte in proposito dall'oratore meritò speciale attenzione quella fatta intorno alla frequenza con cui le malattie mentali si sviluppano nei medici, ed alla malattia speciale che essi sogliono incontrare, e cioè: la paralisi progressiva.

IV. *Venturi.* « Considerazioni sul tifo pellagroso. »

L'Autore fonda le sue considerazioni sopra diversi casi studiati nella Clinica psichiatrica di Padova, in cui è assistente. Premesso che corrono su tale argomento diverse opinioni, come ad esempio, che il tifo pellagroso sia un ileo-tifo comune in soggetto pellagroso, oppure un inasprimento a forma tifoide della pellagra, o anche, come crede il Lombroso, un processo uremico, dimostrabile dalla copia assai grande di urea che si troverebbe nel sangue di questi ammalati, crede di poter venire ad una distinzione precisa delle varie forme cliniche comprese sotto tale denominazione generica, e ciò fa basandosi sui caratteri clinici, ma principalmente sui risultati necroscopici. Stando a questi criteri distinguerebbe:

1.° Un ileo-tifo in soggetto pellagroso;

2.° Una forma simile all'ileo-tifo e che forse potrebbe essere quella che dal Cantani è detta adeno-tifo;

3.° Una forma semplice di esacerbazione febbrile della pellagra;

4.° Parecchie forme morbose comuni febbrili nella pellagra, con condizioni anatomo-patologiche diverse e variabili, le quali potrebbero chiamarsi col loro nome, con aggiunta di apparenza tifoidea; come ad esempio: setticemia a forma di tifo pellagroso.

A tali conclusioni è giunto dopo aver studiato in 16 casi i processi morbosi che li caratterizzavano, e dopo aver sul cadavere tenuto conto delle lesioni anatomo-patologiche che si presentarono.

Il dott. Riva non trova che la durata della malattia negli infermi di cui il Venturi ha comunicato le storie sia in corrispondenza col decorso del tifo ordinario, e che la temperatura abbia seguito la curva tipica del tifo, ciò che non si avvera mai nei casi di tifo pellagroso. Osserva ancora che in molti casi di tifo pellagroso non esiste tumore di milza. Egli poi non saprebbe ben distinguere la forma di setticemia in individui pellagrosi, di cui il preopinante ha fatto menzione. Infine crede che nel tifo pellagroso nulla abbia a fare l'infezione tifica comune, sibbene operi altro principio infettante.

V. *Riva.* « Sul decorso della temperatura nella paralisi progressiva. »

Su questo punto, faceva innanzi tutto notare lo stesso dott. Riva medico del Manicomio di Reggio, non poche sono le divergenze fra i psichiatri, poichè mentre taluno opina che la temperatura nei dementi paralitici sia più bassa della normale, altri sostiene trovarsi aumentata soltanto per malattie accidentali sopravvenute ed altri ancora per il processo inflammatorio meningo-corticale inerente alla paralisi stessa.

Le osservazioni furono fatte sopra 18 soggetti, protratte per molti mesi e ripetute mattina e sera. La temperatura fu presa sempre nell'intestino retto, dove la media si trova a 37°.6. Nella paralisi progressiva si hanno importanti anomalie di temperatura, le quali si vogliono riferire ai diversi caratteri che l'affezione suddetta può assumere, alle condizioni diverse dello stato psichico dei malati, alle complicazioni che si sogliono manifestare e via dicendo. Nella forma tipica l'elevazione di temperatura non suole mai mancare e sta in rapporto col processo locale. L'aumento di temperatura è moderato, talora irregolare, a tipo remittente, ma continuo. Si hanno degli abbassamenti, ma anche dei rialzi termometrici dovuti agli eccitamenti psichici degli infermi. La diminuzione di temperatura e la remittenza si osservano nelle ore mattutine. La coprostasi, i catarri, le irritazioni periferiche danno luogo per lo più ad elevazioni termometriche. Il polso suole seguire le esaltazioni della linea termica; però talora rimane tardo al segno da non elevarsi al di sopra delle 60 battute. La forma spontanea della paralisi progressiva ha lo stesso decorso della tipica; solo i fenomeni sono meno marcati. Nelle forme consecutive a lesioni in focolaj o a lesioni vascolari la temperatura tende a stare sotto la media normale e ciò sta in rapporto collo stato generale dell'individuo e col processo degenerativo che le suddette forme rappresentano. Il Riva ha pure studiato il modo di comportarsi della temperatura nelle esacerbazioni con fenomeni convulsivi, ed ha veduto che si eleva più o meno a seconda della intensità del processo morboso. Per ciò che riguarda la temperatura cerebrale, ha confermato che la media che si ricava è sempre superiore alla normale negli accessi apoplettiformi ed epilettiformi de' paralitici. In corrispondenza dei lobi parietali la temperatura offre il massimo suo grado. L'aumento di temperatura dei paralitici, secondo l'oratore, ben di rado si può quindi mettere in rapporto colle malattie accidentali, le quali per lo più non si possono confermare, sibbene va riferito allo stesso porcesso infiammatorio o irritativo meningo-corticale.

Il dott. La Loggia prese quindi a sostenere come nei suoi primordi, che si possono studiare soltanto nella pratica privata, la paralisi progressiva decorra affatto apirettica.

Il Morselli trova notevole in questi infermi anche l'ipotermia e crede si debba mettere questa in rapporto colle affezioni midollari.

VI. *Seppilli.* « Intorno ai riflessi tendinei degli alienati. »

Succede questo fenomeno per la contrazione in cui entrano alcuni mu-

scoli determinati, allorchè se ne percuotano i tendini mediante speciale martelletto, o con un semplice colpo di dito. Le sue osservazioni sono state fatte sopra un numero di 170 pazzi del Manicomio di Reggio in cui è medico assistente. Riferisce le sue indagini sul *riflesso patellare*, su quello del *piede* o del *tendine di Achille*, meno frequente del primo, su quello del *bicipite* e *tricipite bracchiale*, e narra in proposito alcuni importanti storie cliniche. In ultimo l'oratore si domandava se la contrazione dovevasi ritenere effetto della azione diretta sul muscolo, oppure un fatto reflesso in rapporto col midollo spinale. Non esitava a dirsi partigiano di quest'ultima ipotesi, adducendo: che se nel coniglio si distrugga quella parte di midollo che corrisponde alla 5.ª e 6.ª vertebra dorsale, il riflesso non si produce più, il che sta a provare che esiste in quella parte di midolla un centro di questi riflessi. Ciò è provato anche dal vedere prodursi il reflesso dalla parte opposta a quella in cui si è fatto la manovra per ridestarlo. Secondo il Seppilli è importante notare che le vie dei reflessi tendinei si mostrano diverse da quelle dei reflessi cutanei, ciò che sarebbe provato dal vedere come nelle forme di stupore con anestesia, rimangono aboliti questi ultimi, mentre gli altri si risvegliano con tutta la facilità.

Conclude stabilendo:

1.° Che i reflessi tendinei presentano diversi gradi d'intensità nelle singole forme di malattie mentali, nonchè una diversa facilità ad essere provocati;

2.° Che il reflesso del ginocchio si notò più frequentemente di quello del piede, e tanto l'uno come l'altro possono mancare senza che esistano nel tempo stesso fenomeni di tabe dorsale;

3.° Il reflesso rotuliano apparve distinto più frequentemente negli stati di sevraeccitamento, che negli stati di depressione e d'indebolimento mentale, acquisito e congenito;

4.° Nelle emiplegie di origine cerebrale di antica data i reflessi tendinei sono esagerati in modo da prodursi il *clono* del piede e talvolta anche del ginocchio. Questi si possono anche presentare poche ore dopo avvenuta l'emiplegia. La flessione forzata plantare dell'alluce non arresta il clono del piede;

5.° Nella degenerazione dei cordoni posteriori, estesa anche al rigonfiamento lombare, havvi abolizione completa dei reflessi del ginocchio e del piede;

6.° I reflessi tendinei entrano nella classe dei reflessi spinali, e si effettuano probabilmente attraverso ad un arco diastaltico, differente da quello pel quale ha luogo l'attività reflessa cutanea.

Il prof. Golgi di Pavia fa notare che taluno non ammette l'esistenza dei centri spinali per i reflessi tendinei, e ciò fu provato per mezzo della determinazione del tempo che dovrebbe impiegare l'irritazione per essere portata dal luogo d'origine al centro ed eccitare questo alla reazione. In base di ciò si credette di trovare il centro dei reflessi

V. *Riva.* « Sul decorso della temperatura nella paralisi progressiva. »

Su questo punto, faceva innanzi tutto notare lo stesso dott. Riva medico del Manicomio di Reggio, non poche sono le divergenze fra i psichiatri, poichè mentre taluno opina che la temperatura nei dementi paralitici sia più bassa della normale, altri sostiene trovarsi aumentata soltanto per malattie accidentali sopravvenute ed altri ancora per il processo inflammatorio meningo-corticale inerente alla paralisi stessa.

Le osservazioni furono fatte sopra 18 soggetti, protratte per molti mesi e ripetute mattina e sera. La temperatura fu presa sempre nell'intestino retto, dove la media si trova a 37°.6. Nella paralisi progressiva si hanno importanti anomalie di temperatura, le quali si vogliono riferire ai diversi caratteri che l'affezione suddetta può assumere, alle condizioni diverse dello stato psichico dei malati, alle complicazioni che si sogliono manifestare e via dicendo. Nella forma tipica l'elevazione di temperatura non suole mai mancare e sta in rapporto col processo locale. L'aumento di temperatura è moderato, talora irregolare, a tipo remittente, ma continuo. Si hanno degli abbassamenti, ma anche dei rialzi termometrici dovuti agli eccitamenti psichici degli infermi. La diminuzione di temperatura e la remittenza si osservano nelle ore mattutine. La coprostasi, i catarri, le irritazioni periferiche danno luogo per lo più ad elevazioni termometriche. Il polso suole seguire le esaltazioni della linea termica; però talora rimane tardo al segno da non elevarsi al di sopra delle 60 battute. La forma spontanea della paralisi progressiva ha lo stesso decorso della tipica; solo i fenomeni sono meno marcati. Nelle forme consecutive a lesioni in focolaj o a lesioni vascolari la temperatura tende a stare sotto la media normale e ciò sta in rapporto collo stato generale dell'individuo e col processo degenerativo che le suddette forme rappresentano. Il Riva ha pure studiato il modo di comportarsi della temperatura nelle esacerbazioni con fenomeni convulsivi, ed ha veduto che si eleva più o meno a seconda della intensità del processo morboso. Per ciò che riguarda la temperatura cerebrale, ha confermato che la media che si ricava è sempre superiore alla normale negli accessi apoplettiformi ed epilettiformi de' paralitici. In corrispondenza dei lobi parietali la temperatura offre il massimo suo grado. L'aumento di temperatura dei paralitici, secondo l'oratore, ben di rado si può quindi mettere in rapporto colle malattie accidentali, le quali per lo più non si possono confermare, sibbene va riferito allo stesso porcesso infiammatorio o irritativo meningo-corticale.

Il dott. La Loggia prese quindi a sostenere come nei suoi primordi, che si possono studiare soltanto nella pratica privata, la paralisi progressiva decorra affatto apirettica.

Il Morselli trova notevole in questi infermi anche l'ipotermia e crede si debba mettere questa in rapporto colle affezioni midollari.

VI. *Seppilli.* « Intorno ai reflessi tendinei degli alienati. »

Succede questo fenomeno per la contrazione in cui entrano alcuni mu-

XI. *Verga Andrea.* « Sulla indipendenza delle agitazioni dei pazzi dalle perturbazioni magnetiche. »

Seguendo l'esempio del Ponza e del Solivetti, egli fece buon numero di osservazioni alla Senavra ed all' ospedale Maggiore di Milano, allo scopo di vedere quanto di vero esisteva intorno alla pretesa influenza che le perturbazioni magnetiche avrebbero sulle agitazioni dei pazzi. Si mise egli in rapporto coll'illustre prof. Schiapparelli, onde poter avere esatte notizie intorno alle perturbazioni medesime, e procurò che in appositi quadri si notassero le agitazioni maniache che si manifestavano nei ricoverati degli stabilimenti sopra citati. Da questi quadri non apparirebbe la coincidenza delle agitazioni coi perturbamenti magnetici, sicchè per tale fatto la influenza di questi su quelle si dovrebbe del tutto negare. Una lettera dello Schiapparelli porge all'oratore opportuna occasione per fare una proposta. Infatti da quella si rileva che nel ciclo delle perturbazioni magnetiche l'anno 1882 presenterà infallantemente il maximum. Adunque in quest'anno la questione potrà essere risolta senza difficoltà, poichè le agitazioui maniache, se sono influenzate dalle perturbazioni magnetiche, dovranno presentarsi con maggiore frequenza. Di quì l'opportunità di stabilire uno studio comparativo, dal quale certamente potrà avere felice soluzione il quesito tuttora discusso.

Fiordispini notifica che questi studi furono iniziati dal dott. Solivetti fino dal 1865 e che il Ponza solo alcuni anni dopo si diè a continuarli. Ciò è provato da una lettera del Padre Secchi.

XII. *Seppilli.* « Dell'uso della glusquiamina nella cura delle malattie mentali. »

In dose di 2 a 4 millimetri per uso ipodermico produce dopo pochi minuti midriasi, frequenza del polso con notevoli modificazioni della curva sfigmica, forte battito del cuore, rossore o anche pallore del volto, aumento di temperatura, secchezza di fauci, difficoltà di deglutire e bisogno di urinare spesso. Portando la dose ad un centigrammo si ha barcollamento, tendenza ad inclinare il tronco in avanti ed a cadere, impedimento della loquela, raucedine, assopimento, sonnolenza, diminuzione della sensibilità tattile, aumento della dolorifica. A variare questi fenomeni contribuisce assai la qualità della josciamina, la quale è più attiva se amorfa. Questa sostanza però in dose di 5 milligrammi ad un centigrammo calma l' agitazione degli alienati, ma l' assopimento che provoca non dura più di tre o quattro ore. Perciò è da credersi che questo stato di calma sia affatto artificiale e che il rimedio non abbia azione diretta terapeutica sulla affezione mentale. L' uso del rimedio si raccomanda per due pregi che gli sono proprii: il potersi facilmente somministrare per via cutanea, il subitaneo effettuarsi della calma. Può essere indicato tale rimedio nei casi in cui si debba trasportare un alienato agitato dal proprio domicilio al manicomio, e quando i malati si rifiutano a prendere il cloralio per bocca od il somministrarlo per clisteri riesce quasi impossibile, per la resistenza con cui vi si oppongono.

La dose di josciamina ordinariamente adoperata fu di 0,004-0,01 una volta al giorno. Allo scopo di prolungare lo stato di calma, in taluni casi di mania cronica e di demenza agitata, se ne somministrò 3 volte al giorno (8 ant., 4 pom., 10 pom.), da 0,004 a 0,005. In due casi di mania cronica si spinse la dose a 0,03 al giorno, divisa in tre injezioni.

Il dott. Grazianetti, medico del Manicomio di Novara, comunica che egli fino dal 1876 esperimentò la josciamina in un caso di corea primieramente, poi in un caso di esaltamento maniaco. La somministrò per uso interno da 1 a 10 milligrammi e vide in pochi giorni ritornare la calma nel suo infermo.

XIII. *Raggi.* « Studj citometrici sopra gli alienati. »

Instituiva questi studj insieme con il prof. Golgi, e le sue induzioni sono tratte dall'osservazione di 59 soggetti, con forme diverse di pazzia. Ha potuto notare: 1.° un difetto di emoglobina nel terzo degli osservati; in cinque individui così notevole, da trovarsi al di sotto della metà del normale; 2.° una maggiore deficienza di tale elemento nella donna; 3.° la maggior parte delle oligoemie negli stati acuti della pazzia; 4.° le forme più gravi negli stati di depressione mentale. Crede che la citometria degli alienati, continuata su larga scala, possa arrivare a risultati anche più interessanti, avendo importanza fisio-patologica e giovando alla indicazione dei rimedi più acconci a combattere l'oligocitemîa. Fra questi trovandosi il nuovo processo di trasfusione del Ponfick, la citometria è destinata a stabilire le norme che debbono guidare il pratico ad eseguire tale operazione. Un alto grado citometrico, che stia a rappresentare meno della metà dell'emoglobina normale esistente nel sangue di un dato infermo, che non si debba attribuire a guasti organici di natura irreparabile e che non offra mutamento sensibile per lungo andare di tempo e malgrado conveniente terapia, dà, a suo parere, la giusta indicazione per la trasfusione peritoneale. Questi furono i criteri che lo indussero col Golgi a tentare la trasfusione peritoneale in due pazzi della sua Clinica, non già colla idea di combattere per tale mezzo direttamente la pazzia. Fu però assai confortato dal trovare nei due operati notevolmente migliorato dopo l'operazione anche lo stato psichico. L'indicazione di tale operazione sugli alienati crede debba essere riservata ai soli casi in cui si abbia fondata ragione per mettere in rapporto la malattia mentale con uno stato di oligocitemia, rappresentato dalla deficienza di oltre la metà della emoglobina normale del sangue, incorreggibile a mezzo dei più riputati rimedi tonici e ricostituenti e reso per tal modo nell'infermo abituale e progressivo (1).

---

(1) La nota verrà stampata nella *Rivista Clinica* di Bologna.

Adunanza del giorno 26 (1).

XIV e XV. *Tamburini* e *Gonzales*. « Casi di microcefalia. »

Tamburini presenta un bellissimo caso di microcefalia in un ragazzo di 12 anni, Battista P., esposto, il cui cranio offre le seguenti misure principali:

Circonferenza	418
Curva longitudinale	240
» trasversa	238
Diam. longitudinale	143
» trasversale massimo . . .	111
» frontale minimo	89
Somma delle curve	896
Indice cefalico . . . . . ,	77,62

La statura è di metri 1,302 e il peso del corpo di chil. 26,300.

In questo caso la *microcefalia* è accompagnata dalla maggior parte dei caratteri *antropologici* che sogliono unirvisi, cioè la *macroprosopia* e il *prognatismo*, la *sfuggenza della fronte*, un certo grado di *oxicefalia* posteriore destra ed anteriore sinistra: la forma del palato alto e stretto a sesto acuto, arco mascellare elittico, incisivi staccati l'uno dall'altro, larghi e a corona dentellata: strabismo e difficoltà ad alzare il capo (dovuta certo ad inclinazione pitecoide del forame occipitale). I genitali sono bene sviluppati; presenta già i segni della pubertà.

Le *movenze* specialmente del corpo sono scimmiesche. Dal lato *psi-*

---

(1) Nelle ore antimeridiane i membri del Congresso intervennero al Manicomio di S. Lazzaro, dove fu inaugurato un busto marmoreo al benemerito e compianto professore Carlo Livi. — Procedettero poscia alla visita del vastissimo stabilimento, osservando le diverse sezioni e principalmente quelle degli agiati d'ambo i sessi, quella in costruzione degli agitati, la colonia agricola ideata dallo Zani, la casa di convalescenza e le nuove sale idroterapiche. Il Manicomio è a sistema disseminato, il più adatto, quando i pazzi da ricoverarsi oltrepassino il numero di 400 e si debba perciò evitare il soverchio affollamento in uno spazio ristretto. Racchiude 722 ammalati e possiede una vasta estensione di terreno nel quale lavorano i pazzi agricoltori. Allo stabilimento sono adetti quattro medici, compreso il direttore. Il Manicomio di S. Lazzaro è sede della Clinica psichiatrica della R. Università di Modena e fu elevato dal Governo, fin da quando viveva il Livi, ad Istituto di perfezionamento per gli studj psichiatrici. Sono adetti a tale stabilimento alcuni giovani medici praticanti che si istruiscono nella speciale disciplina. Libri, giornali italiani e stranieri, istrumenti scientifici, il tutto in locale assai proprio, sono messi a disposizione di questi studiosi, i quali hanno altresì il vantaggio di poter stampare i loro lavori colla massima agevolezza, inserendoli nella *Rivista Freniatrica*, che si pubblica in Reggio-Emilia, per cura della Direzione del Manicomio.

cologico si nota intelligenza relativamente sviluppata, sebbene non superiore a quella degli idioti più alti, mancanza d'attenzione e ristrettezza di memoria, scarsezza d'ideazione, grande mobilità di idee e di volizioni. *Linguaggio* discretamente esteso: ha appreso i nomi di quasi tutti gli oggetti, articola discretamente brevi frasi, ma non è capace di elevarsi ad alcuna idea che esca dalla sfera degli oggetti che lo circondano. Manca di affettività, domina essenzialmente l'egoismo, e per soddisfare i suoi istinti predominanti, ricorre ad astuzie talora animalesche e a dispetti. Ha spesso accessi di rabbia in cui è violento e bestemmia. Ha molto trasporto per la musica.

Qnesto microcefalo a 3 anni e 1|2 (1871) fu studiato dal prof. Lombroso: dal 1877 in poi dal prof. Tamburini. Nel 1871 la circonferenza cranica era 360, la statura 79 cent., l'indice cefalico 78: aveva peluria sul viso, camminava saltellando col dorso incurvato e le mani all'innanzi: non sedeva, ma si accovacciava; testa ed arti in continuo movimento: attitudine straordinaria a saltare come le scimmie: si afferrava ad un bastone e saltava sui bracciuoli d'una sedia, dondolandovisi come i quadrumani: fiutava il cibo primo di portarlo alla bocca e così qualunque oggetto gli si porgesse. All'età di 4-5 anni aveva già spiccata tendenza all'onanismo.

In seguito è andato perdendo i caratteri più scimmieschi, ma serbava tendenza a lacerare e distruggere: ora è un po' più docile ed ordinato.

Il confronto delle misure del ragazzo nel 1871, nel 1877 e nel 1880 ha dato il seguente risultato principale:

1871	Circonferenza : Statura . .	45 : 100
1877	Circonferenza : Statura . .	36 : 100
1880	Circonferenza : Statura . .	32 : 100.

Il capo è quindi rimasto sempre progressivamente inferiore nel suo sviluppo a quello del corpo.

Da questi fatti e da molti altri che egli si propone svolgere in particolare lavoro, e che qui tralasciamo per brevità, il prof. Tamburini è condotto a trovare in questo caso una conferma della legge generale che governa le anomalie che cioè esse rappresentano il più spesso una riproduzione di forme e fenomeni che sono normali nelle specie inferiori.

Il dott. Gonzales, medico-segretario del Manicomio Provinciale di Milano in Mombello, narra altro caso di microcefalia.

È una ragazza di 33 anni, che presenta i seguenti dati antropometrici:

Circonferenza del cranio	mill. 447
Curva antero-posteriore	» 260
Curva biauricolare	» 257

Semicirconferenza anteriore	mill.	241
Semicirconferenza posteriore	»	206
Diametro antero-posteriore	»	155
Diametro trasverso massimo	»	128
Indice cefalico	»	85,33
Diametro occipito-bregmatico	»	118
Larghezza della fronte	»	90
Altezza della fronte	»	44
Diametro mento-bregmatico	»	207
Altezza della faccia	»	124
Larghezza della faccia	»	107
Angolo facciale	»	64
Altezza della persona	met.	1,32
Lunghezza degli arti superiori	»	0,64
Arto inferiore destro	»	0,76 1/2
» » sinistro	»	0,74

Al dinamometro

Mano destra	20°
Mano sinistra	12°.

La giovane ebbe un cugino pellagroso. Fino alla età di 6 mesi manifestò quel grado di intelligenza comune ai bambini, ma in seguito a meningite o a tifo si rese ottusa di mente. Cominciò a proferire qualche parola ed a reggersi in piedi solo a 5 anni. Crebbe inetta ad ogni lavoro e persino a vestirsi. Mestruata a 25 anni, mostrò nelle successive ricorrenze dei mestrui costante irregolarità. Era sucida, laceratrice, facile a reagire contro i ragazzi. Secondo il suo medico curante si mostrò pellagrosa fino dall'età dei sette anni, con fenomeni intestinali e cutanei che si manifestavano in primavera.

Il soggetto è deperito, ha orecchie molto sviluppate e ad ansa, colorito terreo della cute, faccia rugosa, bocca larga, pupille eguali, discretamente reagenti alla luce, blefaro-congiuntivite, denti in gran parte guasti, portamento scimiesco. La spina dorsale è deviata, con convessità marcata a destra, in corrispondenza della regione dorsale, e convessità a sinistra, in corrispondenza della regione lombare. Leggera insellatura al sacro e rialzo appena sopra il coccige. Il torace è più pronunciato nella sua metà destra posteriore; l'arto destro è deviato in fuori. Si regge discretamente in piedi, cammina a stento. Nel Manicomio è sucida, inerte, ride qualche volta in modo fatuo, e interrogata dice il nome, afferma e nega in modo da far capire che intende il valore della domanda, purchè questa sia semplice. È paurosa, dorme, è sucida e mangia solo se le si appressa il cibo (1).

(1) I particolari di questa storia vennero raccolti dal dott. Brunati.

XVI. *Luciani.* « Dimostrazione sperimentale dei centri psico-motori corticali nella scimia. »

Egli eccitava soprattutto i punti corticali, che danno luogo alle contrazioni dei gruppi muscolari degli arti anteriori e posteriori. Successivamente la scimia, cui venne tolta la zona corticale motrice della parte sinistra, mostrò emiplegia nella parte opposta.

XVII. *Golgi, Raggi* e *Caselli.* « Trasfusione peritoneale in due lipemaniache ed oligoemiche.

Le trasfusioni vennero fatte nel Manicomio di Reggio; una col semplice punteruolo-cannula, che servì per le prime trasfusioni praticate nella Clinica Psichiatrica di Pavia; l'altra col nuovo punteruolo inventato dal Caselli, allo scopo di difendere le intestina dal contatto della punta dello strumento, una volta che questo siasi fatto penetrare nella cavità addominale. L'operazione in ambo i casi fu praticata colla massima sollecitudine e senza immediate complicazioni.

Il prof. Golgi parlò brevemente degli effetti fisiologici della operazione e il dott. Seppilli degli antecedenti delle inferme trasfuse. Il dottore Caselli toccò della utilità del suo nuovo strumento per la trasfusione.

Il prof. Foà della Università di Modena, in appoggio a quanto espose il Golgi, dimostrò l'utilità della trasfusione peritoneale in taluni casi patologici nei quali l'intravascolare riescirebbe dannosa; comunicò alcuni risultati citometrici interessantissimi ottenuti in una serie di animali sottoposti ad estese bruciature, ed in qualche animale vecchio.

XVIII. *Biffi* e *Verga.* « Sunto sommario di alcune esperienze fatte sulle ultime manifestazioni della vita negli animali superiori. »

Gli esperimenti vennero condotti sovra animali sommersi e qualche minuto dopo che apparentemente sembravano morti. I due esperimentatori, riservandosi di pubblicare per intiero una nota in proposito, mostrano intanto alcuni dei prodotti fenomeni in un coniglio che viene annegato alla presenza dei colleghi, richiamando in special modo la loro attenzione sopra un particolare movimento di curvamento del tronco e del capo, che si ripete più volte, e che si vede in qualche altra specie di animali, mentre manca in alcune altre.

Adunanza del giorno 27.

XIX. *Morselli.* « Sui rapporti fra le direzioni dei manicomi e le amministrazioni da cui dipendono. »

È uopo premettere che la Commissione nominata dal Congresso di Aversa per lo studio del tema suddetto non trovandosi d'accordo col relatore dott. Morselli, indipendentemente dalla relazione di lui, ma col suo acconsentimento, formulava le seguenti conclusioni, sulle quali i membri del Congresso di Reggio limitarono la discussione.

« 1.° Nel sistema del soverchio accentramento dei poteri nelle com-

« missioni amministrative, si esagera inutilmente e dannosamente la « ingerenza dell'Amministrazione, si compromette la cura fisica e mo« rale dei malati e si disconosce il carattere essenzialmente medico e « tecnico del Manicomio.

« 2.° Nel sistema dell'assoluta autonomia, non si lascia alle ammini« strazioni la loro legittima ingerenza sull'andamento generale del Ma« nicomio, nè si danno loro tutte le garanzie volute dai loro interessi: « si esagera soverchiamente la responsabilità del Direttore, e gli si im« pedisce di dedicare tutta intera l'opera sua a beneficio degli alienati.

« 3.° Il miglior sistema di organizzazione medico-amministrativa di « un Manicomio è quello che, togliendo al direttore la responsabilità « economica diretta, affida però unicamente a lui solo la parte igie« nica, la curativa e la disciplinare; e in quanto alla parte ammini« strativa lascia al direttore quella ingerenza ed autorità che è resa « necessaria dallo scopo eminentemente tecnico di un'istituzione, la « quale deve rispondere in ogni suo minuto particolare alle esigenze « della medicina psicologica e dell'igiene, rispettando sempre i giusti « diritti dell'Ente morale da cui essa trae le ragioni ed i mezzi di esi« stenza.

« 4.° Il problema dei migliori rapporti tra le Direzioni e le Ammi« nistrazioni dei Manicomi potrà avere la sua migliore soluzione pra« tica, quando esse, non riguardando sotto diverso aspetto la spesa ob« bligatoria del mantenimento dei mentecatti, si pongano su un terreno « in cui si conciliino le esigenze della Psichiatria pratica e le inelutta« bili necessità dell'Economia pubblica. »

Il dott. Morselli sostiene la prima conclusione con valide ragioni esposte nella prima parte della sua relazione, concludendo appunto che nei Manicomi nei quali l'Amministrazione assume una grande ingerenza nella gestione interna e tecnica viene inceppata l'azione dei sanitari. È tuttavia dell'opinione che la parte medica non debba imbarazzarsi di cose amministrative, onde siano evitati conflitti finanziari, che possono distogliere il psichiatro dallo attendere alla cura degli ammalati suoi e dal coltivare lo studio della sua speciale disciplina, cui deve dare incremento. Si dichiara perciò contrario all'organizzazione di quei Manicomi nei quali i medici direttori sono incaricati anche della parte amministrativa ed economica. Il sistema più razionale di organizzazione di un Manicomio, secondo l'oratore, sarebbe quello pel quale fra Direzione ed Amministrazione sia tolta la possibilità di ogni conflitto dannoso ai malati, in grazia dell'equa ripartizione delle varie attribuzioni spettanti da una parte al direttore, dall'altra agli amministratori.

Il dott. Michetti, direttore del Manicomio di Pesaro, non può ammettere che in un Manicomio esista un'assoluta indipendenza della parte economica dalla parte medica. Il direttore deve essere l'unica autorità interna e deve avere la sua diretta superiorità su tutto il personale addetto allo stabilimento. Senza di ciò non è possibile ottenere quel buon

ordine in tutti i rami di servizio che è emanazione di una sola volontà. Su questo punto si può avere una opinione individuale contraria, ma non si può negare che vi sia pieno accordo fra la maggioranza dei psichiatri. Gli è certo poi che in altre nazioni il principio suddetto viene sanzionato dalla pratica, e basta ricordare ciò che esiste in Francia. Non è vero, soggiunge l'oratore, che la gestione economica debba impedire al medico di curare i malati e di coltivare la scienza. La parte materiale del lavoro economico non è fatta dal medico. L'ingerenza di questi è di una sfera superiore. Ai malati poi non verrà pregiudizio, ma vantaggio, se il medico attende anche dal lato economico, spesso a loro dannoso per cattivo indirizzo, a ciò non vengano defraudati di tanti conforti materiali grandemente efficaci allo scopo curativo. Sostenere l'indipendenza della parte economica dalla medica è per l'oratore un errore funesto alla buona organizzazione di un Manicomio; votare le conclusioni che sanzionano tale errore vale quanto demolire la posizione del medico direttore quale deve essere e quale è da desiderarsi divenga presso tutti i Manicomi.

Parlano pure, movendo diverse obbjezioni, i dottori Grilli e Fiordispini.

Risponde il Morselli sostenendo la sua tesi, e dimostrando che i diritti delle Amministrazioni debbono essere rispettati. Ammette che solo per eccezione si possono trovare in un medico scienziato qualità di buon amministratore, e che se in Francia nei Manicomi si trova spesso il medico direttore che è anche amministratore, ciò avviene a detrimento della scienza. La Freniatria in Francia, al dire dell'oratore, è in decadenza. Ciò è forse dovuto alle cure amministrative che tengono troppo occupati i psichiatri di quel paese. Crede che l'organizzazione del Manicomio di Reggio possa offrirsi come modello da imitarsi in tutti i Manicomi d'Italia.

Messa ai voti la prima conclusione, viene approvata ad unanimità. Viene approvata anche la seconda, dopo qualche breve contestazione sulle parole *autonomia assoluta* del medico direttore, da taluno ritenuta fuori di questione, perchè contraria alle disposizioni di legge ed in realtà insussistente. Venne pure approvata ad unanimità nell' adunanza del dì dopo la quarta conclusione, non così la terza, contro la quale sorse la seguente proposta da parte di parecchi degli adunati (1), e svolta dal dott. Gonzales:

« Il miglior sistema di organizzazione di un Manicomio è quello in « cui il medico-direttore ha il potere esecutivo della parte economica « ed assoluta ingerenza ed autorità sulla igienica, la curativa e la di- « sciplinare. »

---

(1) Gonzales, Raggi, Verga senatore Andrea, Chiverny, Bonomi, senatore La Loggia, Verga Gio. Battista, Ziino, Grilli, Biffi, Mencucci, Michetti e Funajoli.

Il dottor Gonzales sostiene tale proposta perchè in quella della Commissione si parla di togliere al direttore la responsabilità economica diretta, ciò che vale concedere all'economo una dipendenza molto indiretta dal direttore. La gestione economica non va confusa coll'amministrativa, perochè mentre questa ha per oggetto la formazione dei bilanci, la stipulazione dei contratti, l'approvazione e disapprovazione di proposte, ecc., quella riguarda la pura e semplice gestione interna dello stabilimento, ossia la consumazione del bilancio, la sorveglianza a che tutte le spese siano fatte in conformità dei preventivi e secondo i veri bisogni, lo stendere il prospetto dei contratti occorrenti per l'anno successivo, il prevedere e provvedere alle diverse improvvise necessità, l'accertare se l'accettazione dei generi appaltati avvenga a termine di contratto e via dicendo. Tutto ciò stabilisce siccome necessaria la diretta ed immediata dipendenza dell'economo al direttore del Manicomio. L'ingerenza ed autorità amministrativa di cui parla la terza conclusione della Commissione non sarebbe più possibile ove al direttore si togliesse la superiorità sulla parte economica. Senza di ciò il dualismo nei poteri sarebbe inevitabile, nè il direttore potrebbe mai avere la responsabilità dell'andamento morale dell'Istituto, il quale, se dovrà procedere regolarmente, dovrà anche dipendere da una mente unica, alla quale siano assoggettati tutti gl'impiegati interni dello stabilimento e dalla quale muovano ordini e divieti, premi e punizioni senza appello. Ciò è tanto più utile se si tratti di Manicomi lontani dai centri ove risiedono le Amministrazioni, per quelle urgenze che si presentano imperiose e che reclamano un pronto ed istantaneo rimedio. Non si può ammettere che le occupazioni nella parte economica debbano deviare il medico dalla scienza che pur deve coltivare. Esempi di medici-direttori che furono e che sono scienziati non fanno difetto. Allo stesso Morselli, che soggiace al peso dell'autonomia amministrativa assoluta nel Manicomio di Macerata, come egli stesso asserisce, non mancò il tempo di scrivere lodati volumi.

In Francia l'unione della parte amministrativa alla medica fa buona prova, e ciò è stato asserito all'oratore da alcuni direttori di Manicomi francesi. Anche negli ospedali militari prima del 1866 la parte medica era separata dalla amministrativa, ma fino a tanto che durò tale sistema non furono possibili le riforme ed i miglioramenti igienici e disciplinari di cui si sentiva difetto. Questi si attuarono soltanto allorchè al direttore-medico si affidò anche la responsabilità economica. Dichiara di avere il giorno prima appoggiata la seconda conclusione della Commissione perchè non ammette possibile l'assoluta autonomia amministrativa del direttore di un Manicomio, sia privato, sia provinciale, sia fondato da altro ente morale; respinge la terza, che stima impossibile, inconciliabile col buon andamento scientifico, pratico, economico di un Manicomio e contraria all'influenza morale che deve avere il direttore, senza della quale non si comprende la disciplina, fonte di ogni

dovere per parte del personale intero dello stabilimento, e conclude pregando i colleghi a ben riflettere prima di venire alla votazione, poichè approvandola, si vota il suicidio morale dei direttori, il regresso nella organizzazione dei Manicomi.

Il dott. Morselli non abbandona le sue idee e ripete gli argomenti con cui ha già sostenuto la terza conclusione. Mette in guardia sulla grave responsabilità che si vuole assumere, ed insiste nel vedere che solo per eccezione un direttore investito della parte amministrativa potrà attendere alla cura degli ammalati.

Il dott. Michetti insiste perchè sia votato la proposta che ha firmato, e dice che la responsabilità dei propri obblighi non deve spaventare alcuno.

Il prof. Ziino e i dottori La Loggia e Grilli appoggiano l'anzidetta proposta del dott. Gonzales, la quale finisce per essere approvata dalla massima parte degli adunati (1).

XX e XXI. *Tartuferi.* « Sulla struttura dei corpi genicolati. » — « Sui centri mesencefalici e corticali. »

Su queste due comunicazioni lette dal prof. Tamburini, l'Autore essendo assente, il prof. Golgi muove in proposito alcune obbjezioni, accennando ai risultati delle sue ricerche sulle fibrille che si portano al *tractus* ed alle eminenze bigemine.

XXII. *Morselli.* « Sulle ricerche antropometriche in rapporto colla Psichiatria, e proposta di un metodo uniforme per le misure craniometriche. »

Egli pensa col Mantegazza che sia opportuno tornare alle fonti antiche, e propone che i psichiatri d'ora in avanti agiscano in comune accordo, valendosi di quelle misurazioni craniche che servono direttamente allo scopo speciale, qual'è la determinazione dell'ampiezza cranica e delle abnormità di sviluppo, che possono stare in rapporto colla deformità del cervello.

La proposta del Morselli è accolta ad unanimità e viene nominata una Commissione perchè formuli al Congresso, dopo maturi studj, le norme secondo le quali dovrà essere condotto in seguito l'esame craniometrico dell'alienato.

XXIII. *Selmi.* « Importanza dello studio delle urine per la Chimica forense e qualche ricerca sull'urina di un ammalato di paralisi progressiva. »

Il prof. Selmi dell'Università di Bologna partendo egli dalla massima fondamentale che nelle malattie certe azioni chimiche dell'organismo si devono compiere in modo diverso dall'ordinario, tanto da aversene prodotti anomali, riscontrabili poi tra le materie di secrezione, l'Autore si prefisse uno studio accurato e minuto delle urine

(1) Sopra 33 votanti, 27 approvarono la proposta del dott. Gonzales, tre si astennero dalla votazione e due votarono negativamente.

in servizio della tossicologia; principalmente: 1.° su quelle degli avvelenamenti; 2.° su quelle di coloro che soggiacciono a malattie da infezione; 3.° su quelle dei pazzi. Per le urine di certi avvelenamenti (fosforo ed arsenico) gli esperimenti dell'Autore dimostrarono la presenza di un composto fosforato volatile e neutro, e basi o fosforate od arsenicali, trovando anche prodotti analoghi nel cervello e nel fegato in caso di avvelenamento col fosforo. Ricavò il composto fosforato volatile e neutro, accompagnato sempre da alcaloidi, anche dalle materie cadaveriche in putrefazione e dall'albumina messa a putrefare. Osservando che quando la molecola albuminoide si guasta o per l'influenza di corpi estranei attivi (fosforo ed arsenico) od a cagione dei fermenti, fornisce prodotti di natura somigliante, ne argomentò che di tali se ne dovrebbe trovare nei casi delle malattie infettive ed in quelle di alienazione mentale, in cui il processo di scomposizione nella compagine cerebrale debba essere progrediente. Per l'utile della tossicologia aggiunse che si era accinto ad investigazioni sull'umore urinoso in ambedue le condizioni: per le malattie infettive era stato costretto di sospendere le ricerche mancandogli il tempo; per la pazzia vi aveva dato incominciamento. Se le urine nelle malattie d'infezione gli avessero fornito quei prodotti in cui si imbattè nei processi putrefattivi, gliene sarebbe risultata una prova in sostegno di una sua opinione, che cioè succede la putrefazione anche nel vivente, e che perciò nell'ammalato e nel cadavere recente possono sussistere alcaloidi venefici, somiglianti alle ptomaine, d'onde la possibilità di trovarne nelle ricerche della chimica forense. Circa alle urine dei pazzi, seguendo la congettura che si potessero ottenere tra i prodotti di eliminazione il composto fosforato volatile e qualche base, quali indizi sicuri del disfacimento della sostanza cerebrale, si rivolse al prof. Tamburini acciò gli procurasse l'urina di qualche grave ammalato del suo Manicomio, e n'ebbe quella di un uomo con paralisi progressiva. In essa verificò che realmente sussistevano ed il detto composto fosforato ed una base volatile, la quale dapprima credette nicotina, dai caratteri fisici, ma che pei chimici e fisiologici riconobbe essere diversa. Descrisse quali le differenze nelle reazioni e nelle proprietà del cloridrato della nuova base in confronto della nicotina vera, indicò i fenomeni manifestatisi in una rana in cui venne injettata dal dott. Stroppa, desumendone l'indole venefica in alto grado. Ne conchiuse che l'ammalato, da cui quell'urina era stata raccolta, sarebbe morto per la doppia cagione della paralisi a cui soggiaceva, e per la lenta intossicazione prodotta dalla base che si va formando nel suo organismo, e che non si può riputare priva di effetti perniciosi. Tale urina era stata estratta col mezzo della siringa e colla debita diligenza dal dott. Riva, assistente al prof. Tamburini; l'ammalato non riceveva altro medicamento tranne un poco di cloralio; non fumava punto tabacco.

Chiuse il suo discorso, avvertendo che si apre un campo nuovo per le ricerche del patologo e del medico freniatrico in particolare, collo sperabile vantaggio della medicina legale, di poter nei casi di pazzia simulata verificare se o no sia tale, analizzando le urine, ma questo allorquando le osservazioni siano state estese più ampiamente e pei diversi gruppi delle malattie che apportano gravi disturbi nell'intelligenza.

XXIV. *Buccola.* « Della legge fisica della coscienza nell'uomo sano e nell'alienato. »

L' Autore crede che la dottrina dell' Herzen sulle condizioni fisiche della coscienza sia applicabile non solo allo stato normale, ma anche allo stato patologico della mente. Egli comincia dal rilevare le divergenze che esistono nella psicologia contemporanea sul valore da attribuire alla coscienza: così il Maudsley crede la coscienza un attributo contingente, un accompagnamento secondario d' ogni turbamento nervoso centrale, mentre il Lewes ravvisa la consapevolezza in tutti i centri nervosi, fino nel reflesso il più automatico. Egli espone con particolari queste due dottrine, e dice che è possibile un accordo ove si riesca a determinare le condizioni fisiche della coscienza. Questo tentativo è stato compiuto dall'Herzen, il quale, partendo da una base fisiologica, ha formulato dopo una serie di osservazioni e induzioni accuratissime una legge così espressa: che la coscienza non accompagna la reintegrazione degli elementi nervosi, ma soltanto la disintegrazione dei medesimi elementi, che l' intensità della coscienza è simultaneamente in proporzione diretta colla intensità della disintegrazione ed in proporzione inversa colla rapidità, onde il lavoro interno d'ogni elemento nervoso si scarica sopra un altro elemento sensitivo o motore, centrale o periferico. Questa legge si applica non solo ai fenomeni normali della mente, ma anche a quelli patologici, ed a questo punto il Buccola combatte l'opinione del Vacherot, che sostiene il contrario. Una prima applicazione si può vedere nell'ipnotismo provocato, in cui per le recenti ricerche di Heidenhain, Grützner, Weischold, ecc., sono state studiate le modificazioni della coscienza. Le condizioni fisiche dello stato ipnotico, ossia la perdita più o meno completa degli atti consapevoli, non stanno riposte nell'anemia cerebrale, ma, per analogia fisiologica, nell'arresto di attività delle cellule nervose corticali. Il Buccola dimostra le intime connessioni che passano fra la memoria e la coscienza, e le ragioni per cui nell'ipnotizzato non deve prodursi la coscienza e quindi la memoria che l'accompagna: è impedita ogni fase disintegrativa degli elementi nervosi e quindi ogni attività percettiva consapevole. Questa legge fisica della coscienza trova poi la più splendida conferma nelle forme più caratteristiche delle malattie mentali, come la mania e la lipemania. Nell'esaltamento maniaco violento, nella vera iperfrenia, le percezioni e le immagini rappresentative delle cose si avvicendano e corrono con grandissima velocità, projettandosi all' esterno nella sfera

motrice, per cui la trasmissione centrale è rapida, mentre la disintegrazione è diffusa, come lo prova il delirio generalizzato, ma non profondamente intensa e tale da generare la memoria degli atti. Per la qual cosa l'ammalato nel periodo di guarigione non ricorda più, o appena come un sogno, il suo stato psichico precedente: e ciò perchè gli elementi nervosi non furono così a lungo e così intensamente disintegrati da produrre la coscienza e quindi quel grado di memoria che l'accompagna. Il contrario avviene nella lipemania, in cui i processi mentali decorrono con minore celerità, non si projettano all'esterno e possono disintegrare il tessuto nervoso. Nella mania caotica, come negli stati dal Kraft-Ebing detti psicopatici acutissimi (ubbriachezza, delirio da alcoolismo, delirio acuto, gran male degli epilettici) mancano i due segni caratteristici della coscienza, cioè la formazione delle immagini rappresentative per sintesi psichica delle sensazioni, e il va e vieni delle immagini medesime riprodotte (Wundt), mentre persistono a gradi variabili di chiarezza nella lipemania.

XXV. *Solivetti.* « Delle injezioni di ergotina nella cura degli alienati. »

Ottimi risultati ottenne l'Autore, medico nel Manicomio di Roma, nella cura del delirio acuto, usando l'ergotina in forte dose (un grammo in sei di acqua distillata) con tre injezioni al giorno. Con vantaggio fu adoprata eziandio nei casi di congestione cerebrale e negli accessi apoplettiformi dei paralitici. I casi di delirio acuto assoggettati a tale cura guarirono tutti. Non si ebbero mai fenomeni di ergotismo, sebbene la dose in alcuni casi fosse portata fino a 4 grammi. Solo una volta fu notato un passaggero trisma.

Il dott. Toselli conferma l'utilità dell'uso dell'ergotina, che egli avrebbe trovato indicata specialmente contro le agitazioni della demenza cronica per congestione cerebrale passiva.

XXVI. *Toselli.* « Sulle cause della pazzia nella provincia di Cuneo. »

Incomincia l'Autore col determinare il concetto in cui deve essere tenuta l'influenza ereditaria, poichè non gli sembra troppo giusto quello che comunemente si segue; conferma la prevalenza delle cause morali sulle fisiche, nel produrre la pazzia, che avrebbero figurato nella proporzione del 75 0[0] sopra 968 pazzi presi in considerazione. Conclude invitando il Congresso a formulare un voto da presentarsi al Governo, affinchè, confermato che la pazzia si trasmette per eredità in proporzioni altissime, pensi di mettere un riparo a tale inconveniente, restringendo la libertà del matrimonio per i delinquenti, gli epilettici, ecc. (1).

(1) Alla fine della sessione il dott. Caselli presentava la giovane cui parecchi mesi prima aveva levata la laringe, la faringe, ecc., e l'ardita e fortunata operazione venne, siccome altrove, dagli adunati meritamente applaudita.

Adunanza del giorno 28.

XXVII. *Fiordispini.* « Sulla necessità di un metodo unico per istudiare la topografia cerebrale in rapporto alla teoria delle localizzazioni. »

Il dottore Fiordispini propone che a meglio studiare le lesioni cerebrali che si osservano nelle necroscopie, si adottino alcuni schemi grafici delle sezioni del cervello, proposti da Pitrès ed usati nella clinica di Charcot; assai utili per notare le lesioni cerebrali corrispondenti a determinate regioni del cervello sulle quali di preferenza si localizzano alcuni processi morbosi.

Il prof. Tamburini, lodando tale proposta, fa osservare che a tal uopo possono essere preferite le figure schematiche del Giacomini.

Al Fiordispini non sembrerebbero sufficienti.

Il presidente lo invita a fare una proposta pel futuro Congresso su tale argomento.

XXVIII. *Angelucci.* « Dell' influenza dell' eredità sullo sviluppo, sulle recidive e la curabilità della pazzia. »

Il dottore Angelucci, medico del Manicomio di Macerata, per mezzo del dott. Morselli presenta un suo lavoro sulla influenza dell' eredità nella pazzia.

XXIX. *Golgi.* « Ricerche istologiche sul midollo spinale. »

Eccone i risultati:

1.° Tutte le cellule gangliari del midollo spinale, non escluse quelle dei corni posteriori, nè quelle delle colonne di Clarke, sono provvedute di uno speciale prolungamento, diverso da tutti gli altri per caratteri fisico-chimici, mediante il quale esse mettonsi in rapporto colle fibre nervose. Corrispondentemente il solo dato caratteristico assoluto per cui una cellula del midollo spinale può essere con certezza designata come nervosa, consiste nella presenza dell'accennato speciale e sempre unico prolungamento.

2.° Le cellule gangliari spinali tanto dei corni anteriori quanto dei posteriori e zone intermedie sono in rapporto colle fibre nervose con uno solo dei loro prolungamenti ed è il suaccennato, al quale pertanto è opportunamente applicato il nome di *prolungamento nervoso.* Per conseguenza, dal punto di vista della loro funzione specifica tutte le cellule nervose del midollo spinale si possono considerare come *monopolari.*

3.° I cosidetti prolungamenti protoplasmatici in nessun modo, nè direttamente nè indirettamente danno origine a fibre nervose; essi invece verosimilmente rappresentano le vie per cui dai vasi sanguigni e dalle cellule connettive accade la diffusione del plasma nutritizio alle cellule gangliari.

4.° Confrontando fra loro le cellule che popolano le colonne grigie del midollo spinale si possono verificare delle differenze relative alla forma, grandezza e modo di ramificarsi dei prolungamenti protoplasma-

tici; però siffatte differenze sono affatto secondarie e probabilmente soltanto inerenti alle condizioni topiche di sviluppo; la sola veramente significativa differenza risiede nel modo di comportarsi del *prolungamento nervoso.*

5.° In relazione al diverso modo di comportarsi del prolungamento nervoso nella sostanza grigia del midollo spinale, si possono distinguere due tipi di cellule gangliari, cioè:

a) Cellule gangliari il cui prolungamento nervoso decomponendosi in tenuissime fibrille, perde la propria individualità e prende parte *in toto* alla formazione di una rete nervosa diffusa;

b) Cellule gangliari il cui prolungamento nervoso, sebbene somministri alcune fibrille, mantiene la propria individualità, così passando a formare il *cilinder axis* di una fibra nervosa.

Perchè il primo di questi tipi cellulari *prevalentemente* si trova nella zona di distribuzione delle radici posteriormente il secondo tipo invece *prevalentemente* trovasi nel territorio di distribuzione delle radici anteriori, così si presenta spontanea la supposizione che le cellule del primo tipo siano di natura sensoria, e siano invece di natura motoria quelle del secondo tipo.

6.° Nella sostanza grigia del midollo spinale esiste una rete nervosa diffusa, la quale attraverso il midollo allungato trovasi in continuazione colla fina rete nervosa che pure esiste in tutti gli strati di sostanza grigia del midollo spinale. Tale rete della sostanza grigia del midollo spinale appare esistente:

a) Dalle fibrille risultanti dalla complicata suddivisione del prolungamento nervoso delle cellule gangliari del primo tipo.

b) Dalle fibre nervose delle radici posteriori, le quali suddividonsi complicatamente.

c) Dalle fibrille emananti dai prolungamenti nervosi delle cellule del secondo tipo.

d) Dalle fibrille emananti dai *cilinder axis* delle fibre nervose dei varj cordoni di sostanza bianca (anteriori, laterali, posteriori). Queste fibrille entrando obliquamente ed orizzontalmente nella sostanza grigia, vi si suddividono in modo identico alle fibrille derivanti dai prolungamenti nervosi.

7.° Chi volesse in base ai soli criterj anatomici arguire quale sia la funzione di una cellula o di un gruppo di cellule gangliari, può farlo con fondamento soltanto col mettere in conto il contegno, l'andamento ed i rapporti dei prolungamenti nervosi.

8.° Nella sostanza grigia del midollo spinale in generale non è possibile fare una precisa descrizione topografica dei gruppi delle cellule gangliari, perchè nella distribuzione di esse esistono notevoli differenze nelle diverse sezioni anche vicinissime; d'altra parte siffatti raggruppamenti sarebbero irrazionali, perchè ai singoli gruppi situati nell'una o nell'altra località, per quanto si può argomentare dall'andamento

contegno e rapporti dei prolungamenti nervosi, non si può mai dire corrisponda una determinata destinazione fisiologica. Infatti, non di rado accade di osservare che cellule fra loro vicinissime mandano il prolungamento nervoso in opposta direzione.

9.° Alla prima categoria di cellule gangliari, quelle cioè il cui prolungamento nervoso complicatamente suddividendosi, perde la propria individualità e prende parte *in toto* alla formazione della rete nervosa diffusa, appartengono: (*a*) le cellule della sostanza gelatinosa di Rolando (*b*) buon numero di cellule appartenenti alla zona di sostanza grigia situata al davanti della sostanza gelatinosa di Rolando (corni posteriori propriamente detti), (*c*) alcune cellule qua e là irregolarmente disseminate nella zona che sta fra i corni anteriori ed i posteriori.

Alla seconda categoria di cellule gangliari, quelle il cui prolungamento nervoso, sebbene somministri alcune fibrille mantengono lo stato proprio individuale, appartengono: (*a*) la gran maggioranza delle cellule gangliari dei corni anteriori, (*b*) parecchie cellule appartenenti ai corni posteriori propriamente detti, (*c*) alcune altre cellule situate nella zona che sta fra le due precenti.

Nella sua comunicazione il prof. Golgi espone quindi numerosi dettagli relativi all'andamento e destinazione del prolungamento nervoso dei varj gruppi delle cellule gangliari e in proposito egli richiamava in modo speciale l'attenzione sul fatto che attraverso la commessura anteriore passano, per recarsi nella metà opposta del midollo spinale i prolungamenti nervosi spettanti: 1.° a cellule dei corni posteriori, 2.° a cellule dei corni anteriori, 3.° a cellule della zona intermedia, cioè situate a livello del canale centrale e dei cordoni laterali.

XXX. *Tamassia.* « La Mania transitoria. » (Vedi la relazione che segue dello stesso prof. Tamassia N. II).

XXXI. *Tamburini.* « Sulla legislazione per gli alienati e per i Manicomii. »

L'Autore propone le seguenti deliberazioni da presentarsi al Ministero degli affari interni.

« Il terzo Congresso degli alienisti italiani in Reggio Emilia fa voti :

« 1.° perchè non sia più oltre mantenuta una grave lacuna della no-
« stra legislazione, ma sia finalmente promulgata una legge generale
« sui Manicomii e gli alienati, che risponda alle esigenze della scienza
« e della civiltà ;

« 2.° che in questa legge l'ammissione e la dimissione degli alienati
« nei Manicomj sieno sempre autorizzate dall'autorità giudiziaria nei
« modi che, evitando ogni ritardo, meglio provveggano alla necessità
« della pronta custodia e cura, e solo nei casi di assoluta urgenza possa
« l'ammissione essere autorizzata dalla P. S., salvo a provvedere entro
« 24 ore con regolare autorizzazione del Procuratore del Re;

« 3.° che la sorveglianza governativa sui Manicomj debba essere eser-
« citata per mezzo di persone tecniche, scelte fra i più ragguardevoli
« soggetti della scienza nostra ;

« 4.° che alla tutela dei beni degli alienati provegga fin dal primo « momento della loro reclusione nel Manicomio la stessa Autorità giu- « diziaria che la determinò. »

Le conclusioni del Relatore sono approvate ad unanimità.

XXXII. *Verga.* « Della rupofobia. »

È il timore esagerato del sudiciume; l'idea di essere contaminati dagli oggetti in mezzo ai quali si vive.

Tale affezione è sorella della *claustrofobia*, dell' *agorafobia* e di altrettanti ticchi. — Narra in proposito tre casi singolari della sua pratica privata. Nel primo caso trattavasi di una signora in cui la malattia apparve dopo aver ricevuto in casa propria un medico perito, che seppe poi aver toccato poco prima un cadavere. Fu presa dalla mania di far lavare tutta la casa, e se le si impediva di esagerare nella nettezza, veniva colta da cefalea, da oppressione e da smania. — Vide un secondo caso in una giovane di 15 anni, aperta di mente, scrofolosa, già dominata da scrupoli religiosi. Mostrava profondo schifo di tutto, puliva piatti e cucchiaj prima di mangiare e volle persino un giorno lavare la tastiera del piano-forte. Il terzo caso riguarda una giovane signora, la quale in seguito ad un tentativo di seduzione fattole da un tale che frequentava la sua casa, venne presa per costui da tale orrore, da fare un falò di tutte le mobiglie che temeva avesse potuto toccare. Essa accoglieva con molta diffidenza il suo medico se si faceva condurre da lei in pubblica cittadina, perchè temeva che in questa avesse potuto farsi trasportare quandochessia il temuto seduttore. — La malattia è ostinata; trova indicazione la cura idroterapica.

XXXIII. *Amadei.* « Sulle variazioni del peso cerebrale in rapporto alla statura degli alienati. »

Sembra all'Autore, medico nel Manicomio di Reggio, che tale rapporto sia un fatto mascherato, specialmente negli alienati, da numerose eccezioni e che perciò resti meglio dimostrato distinguendo i casi regolari degli eccezionali.

Ha diviso per statura bassa (sotto 160 per gli uomini e 150 per le donne), media (160-170, 150-160) ed alta (sopra 170 e 160.), e per peso cerebrale piccolo (sotto 1250 grammi per gli uomini e 1125 per le donne), medio (1250-1350; 1125-1225) e grande (sopra 1350 e 1225) trecento individui morti nell'ultimo triennio nel Manicomio di Reggio ed ha verificato che presentano un maggior numero proporzionale di cervelli piccoli le persone di statura bassa, di medii quelle di statura media, di grandi quelle di statura alta. Conclude che per tal modo si rivela una sentita non trascurabile influenza della statura sul peso cerebrale, e che questo aumento del peso encefalico coll'altezza personale essendo paragonabile al crescere che in regola generale fa la massa cerebrale colla mole del corpo da una specie all'altra in Anatomia comparata, e non accompagnandosi ad un aumento correlativo della potenza intellettuale, è da riferire probabilmente ai centri destinati alla nutrizione, alla sen-

sazione, al movimento inerenti alla massa encefalica medesima. Alla relazione va unito il seguente quadro.

	N.° percentuale degli individui a cervello			Peso encefalico medio
	piccolo	medio	grande	
Uomini di bassa statura .	53,8	15,3	31	1239
» media » .	25,35	42,25	32,39	1310
» alta » .	24	28	48	1322
Donne di bassa statura .	35,29	50	14,71	1130
» media » .	28,72	43,26	27,66	1182
» alta » .	12,82	35,83	31,29	1229

XXXIV. *Luciani*. « Studj sperimentali intorno alla zona motrice rispetto all'epilessia. »

Il professore Luciani riferisce che i cani già operati nella zona motrice per gli studj sperimentali istituiti qualche tempo fa nel Manicomio di Reggio si sono fatti tutti epilettici; che l'epilessia dapprima appariva ad accessi rari e poco intensi, poi si fece così frequente da costituire un vero stato epilettico. Ciò si è pure verificato nei gatti. Anzi è curiosa che in uno di questi si ha una specie di forma impulsiva da potersi considerare come equivalente ad un accesso di epilessia larvata. È pure di molta importanza sapere che si è anche verificata la trasmissione ereditaria dell'epilessia nei figli dei suddetti animali.

Il professore Vizioli dell' Università di Napoli, sostenitore della origine bulbare della epilessia, fa alcune obbjezioni al professore Luciani.

Fa rilevare che le lesioni corticali portate sui cani che furono operati dal Luciani comprendevano tanto i centri psicomotori quanto i psicosensori e che l'epilessia si è sviluppata in tutti gli animali operati. Ciò varrebbe a combattere l'idea che nel cervello esista una zona epilettigena circoscritta, come sostiene il Luciani, ed a favorire invece la teoria sostenuta dal Brown-Séquard, che cioè l' epilessia proceda sempre dal bulbo.

Il prof. *Luciani* nega di aver ammesso che l' epilessia abbia sempre origine corticale, ed ha anzi negato all'Albertoni la sua zona epilettogena, che circoscrisse nella così detta circonvoluzione post-crociata, dove credette esistere isolatamente una superficie eccitabile. Egli invece dimostrò che l'accesso epilettico ha forma differente a seconda del punto corticale in cui si porta l' irritazione, e che l' accesso avviene progressivamente e quasi per ingranaggio dei centri medesimi, passando dalla contrattura di qualche gruppo muscolare alla convulsione generale.

Il *Visioli* ammettendo il punto di partenza dell'accesso epilettico nella corteccia, spiega i fenomeni convulsivi del lato opposto, non così quelli del lato omonimo. Gli sembra perciò che si debba sempre aver di mira la parte che ha il bulbo nella produzione dell'accesso completo, e che anzi debbasi riguardare tale regione quale punto di partenza dell' accesso.

Il dott. *Morselli* crede che sul punto di partenza dell' accesso epilettico non si possa avere un' opinione esclusiva, essendovi epilessie di diverse specie. Crede che per accettare la teoria corticale converrebbe esperimentare, togliendo da ambo gli emisferi cerebrali le zone motrici. Oppone alla teoria del Luciani alcuni fatti clinici ed i fenomeni vaso-motori che accompagnano l' accesso, i quali sono, a suo parere, spiegabili solo ammettendo una azione localizzata al bulbo.

Luciani ribatte le obbjezioni del Morselli, sostenendo che i fenomeni vaso-motori, dopo le esperienze di Eulemburg e Landois, si possono ritenere di origine corticale e che i suoi casi clinici entrano nella sfera delle contrazioni riflesse. La proposta della decorticazione cerebrale bilaterale potrebbe invece portare molta luce sull'argomento, ove non riescisse impossibile il praticarla.

XXXV. *Altana*. « Ottimi effetti ottenuti dalla metalloterapia in un caso di iperestesia tattile e dolorifica. »

Si trattava di una donna la quale presentava tale iperestesia alla regione del braccio ed antibraccio di sinistra. Le injezioni di morfina, i cataplasmi, la elettricità a nulla avevano giovato. Si valse allora della applicazione di una placca di rame sulla parte malata. Fu così efficace questa cura, che dopo mezz'ora l'iperestesia era scomparsa, ed il tatto ed il senso dolorifico nella regione affetta erano tornati allo stato normale. Il benessere durò qualche giorno, poi tornarono le molestie. Fu fatta allora una seconda applicazione della placca e la iperestesia guarì stabilmente.

XXXVI. *Buccola*. « Ricerche psicofisiche sulla celerità delle percezioni negli alienati. »

Espone in breve la grande importanza della psicofisica, i problemi della medesima, gli elementi onde si compone il così detto *tempo fisiologico di reazione*, le medie ottenute dal Wundt, Hirsch, Exner, Auerbach, Kries, Obersteiner ed altri per le percezioni sonore, visive ed acustiche, gli strumenti dei quali si sono serviti gli sperimentatori, le condizioni che fanno variare la durata dell' equazione personale, ecc. — Egli si è servito del cronoscopo di Hipp, al quale è stato aggiunto un opportuno apparecchio per la produzione degli stimoli della luce e del suono. Le esperienze sono state fatte in donne sane e in donne affette da malattie mentali, come l' esaltamento maniaco semplice, la lipemania, la frenosi epilettica, l' imbecillità, l' idiotismo e la demenza. Queste esperienze venivano fatte nel modo seguente: l' individuo, il quale sa di dover provare una sensazione luminosa o acustica, reagisce

toccando un bottone dell'apparecchio cronometrico appena vede comparire una striscia di carta colorata in rosso o in verde (stimolo visivo) o sente il suono di un campanello (stimolo acustico). Toccando il bottone, il soggetto di esperimento interrompe la corrente e ferma i due indici del cronoscopo, i quali si sono mossi nell'istante medesimo della comparsa dei colori o della produzione del suono.

Ricorda che in generale, secondo le ricerche degli sperimentatori tedeschi, la media della durata della percezione luminosa è di 220 a 200 millesimi di secondo, e quello della percezione acustica di 0",160 a 0,140. Ora, i risultati ottenuti dal Buccola tanto in individui sani quanto in ammalati di mente discordano in ciò dai precedenti; chè le sensazioni visive si compiono in un tempo molto più breve che quelle dei suoni. Infatti da una serie di molte esperienze egli ha potuto stabilire che la percezione dei colori si compie in 0",130 a 0"140, e quella dei suoni in 0",200 a 0"210. Queste differenze di risultati, essendo esatte ed identiche le condizioni sperimentali, potrebbero essere, sino a un certo punto, l'espressione di un problema etnologico.

Le esperienze fatte dal Buccola sui pazzi coincidono con quelle del prof. Obersteiner di Vienna, l'unico che abbia istituito ricerche psicometriche sugli alienati. Anzitutto v'è ritardo nel periodo di reazione. Questo ritardo si manifesta o con aumento della media e del minimo, o con aumento del solo minimo di reazione. L'accrescimento del periodo minimo risponde ad una grave degenerazione organica delle cellule cerebrali, e perciò non si incontra nelle forme primitive di pazzia. Se l'aumento della media succede con grandi oscillazioni tra i periodi singoli di reazione, allora manca la forza volitiva necessaria al concentramento dell'attenzione, o v'è il predominio di idee morbose. — Il Buccola inoltre dice di avere iniziato delle ricerche sull'atto del discernimento, di cui fa una breve esposizione, pei colori e pei suoni, e manifesta le difficoltà sperimentali che s'incontrano negli alienati. Termina dicendo che la psicometria ha una grande importanza scientifica e che è uno strumento di analisi preziosissimo nello studio delle malattie mentali.

XXXVII. *Salemi Pace.* « Sulla definizione della follia per i rapporti che la psichiatria ha colla giurisprudenza. »

La Memoria è presentata dal dott. La Loggia, che a nome dell'Autore chiede che il Congresso dia il suo voto intorno alla proposta definizione. Il Presidente fa osservare che tale argomento condurrebbe a discussioni infinite. Il Verga soggiunge che tale questione, dopo la modificazione portata all'art. 61 del Codice penale, è affatto inutile, non trattandosi più di definire la follia in senso giuridico, bensì di determinare i casi in cui manca la coscienza di delinquere.

Adunanza del giorno 29.

In quest'adunanza vennero lette le relazioni di varie Commissioni:

notiamo che rispetto al concorso per un progetto di Manicomio economico, istituito con premio dal Congresso di Aversa, essendo giunto alla Presidenza un solo progetto e per di più in ritardo, fu proposto che il concorso resti aperto fino al successivo Congresso, aumentando il premio di altre L. 500.

XXXVIII. *Amadei.* « Conclusioni della Commissione nominata per proporre le misure craniometriche da istituirsi nelle indagini freniatriche. »

In quei casi in cui nessuna deformità cranica del pazzo colpisca l'occhio, volendo pure dall'esame del cranio conoscere la forma ed il volume del cervello, è consigliato di servirsi di alcune misure e di una descrizione a parola Linneana, in cui vengano riassunti in breve il tipo, la forma, le misure e le particolarità più degne di nota che il cranio in esame presenta.

Le misure sono:

1.° Circonferenza orizzontale massima, divisa in semi-circonferenza anteriore ed in semicirconferenza posteriore;

2.° Curva longitudinale;

3.° Curva trasversale;

4.° Diametro antero-posteriore massimo;

5.° Diametro trasverso massimo; e il rapporto loro nell' indice cefalico.

Gli strumenti sono:

1.° Un compasso di spessore a branche curve, rigide e che segni i millimetri;

2.° Una fettuccia flessibile ed inestensibile di acciajo, divisa in millimetri.

Le misure si prendono nel modo seguente:

1.° Il diametro antero-posteriore è la più grande apertura che si può dare al compasso sulla linea mediana del cranio. Una delle branche è applicata senza pressione al di sopra della radice del naso sul punto più prominente della globella, la si fissa colla mano sinistra, mentre colla destra si fa scorrere l'altra branca sulla parte posteriore della testa e coll'occhio si osserva sulla scala il grado massimo di apertura dello strumento.

2.° Il diametro trasversale massimo è la massima larghezza del cranio data dalla massima apertura del compasso che scorre sui lati della testa, mantenendo sempre le sue estremità perpendicolari al piano mediano nutriente di essa.

3.° La curva longitudinale o *onio-frontale* comincia alla radice del naso al di sotto della glabella e correndo sulla linea mediana finisce alla protuberanza occipitale esterna.

4.° La curva trasversale va da un punto sopra auricolare all'altro, tenendosi in un piano verticale.

Il punto sopra-auricolare è situato avanti e un po'al di sotto dell'in-

serzione superiore del padiglione dell'orecchio; corrisponde ad una depressione che si sente facilmente sotto il dito, e che è limitata in basso da una durezza ossea formata dalla radice dell'arcata zigomatica, ed è situato precisamente subito al di sopra di questa crosta ossea.

5.° La circonferenza del cranio massima passa trasversalmente sulla fronte, immediatamente al di sopra delle sopracciglia e va a cingere la parte più sporgente indietro dell'occipite, mantenendosi in un piano trasversale. Per avere con una sola misura anche le semicirconferenze, si applica lo zero del nastro al di sopra dell'orecchio destro sulla curva trasversale, e lo si fissa alla mano sinistra, mentre colla destra si fa passare il nastro successivamente sulla base della fronte, sulla tempia sinistra e sull'occipite, riconducendolo al punto di partenza. Si legge qui la circonferenza totale, e la misura della semicirconferenza anteriore si legge al di sopra dell'orecchio sinistro dove il nastro incrocia la curva trasversale.

Il dottor Morselli aggiunge che comporrà quanto prima un manualetto di istruzioni antropologiche speciali.

Il professore Tamassia, quale relatore della Commissione delle proposte, in nome di questa, propone a membri onorarj della Società freniatrica i professori: Westphal di Berlino, Krafft-Ebing, direttore del Manicomio di Gratz, e Leidesdorf, direttore del Manicomio di Vienna. La proposta è approvata per acclamazione.

Circa la sede del IV Congresso freniatrico, propone sia scelta la città di Voghera per la rinomanza del suo Manicomio. Il Congresso applaude vivamente, ed il dottor Raggi ringrazia da parte della città di Voghera e della provincia di Pavia.

Sulla proposta dello stesso prof. Tamassia il Congresso adotta i seguenti temi, da discutersi nel IV Congresso:

1.° Porgere il quadro completo eziologico, clinico e medico forense della pazzia morale, studiando i tipi di questa già esistenti e potendolo, offrirne dei nuovi (proponente Tamassia).

2.° Del metodo da seguirsi nelle ricerche psicologiche sugli alienati (proponente Buccola).

3.° Eziologia della mania transitoria (proponente Tamassia).

4.° Della educazione come profilassi della pazzia (proponente Morselli).

Il Congresso si chiudeva confermando il prof. Verga a Presidente, ed il dott. Biffi a Segretario-Tesoriere della Società Freniatrica, acclamando al Presidente del Congresso dott. Lolli, alla città di Reggio, all'Italia ed al Re.

A. Raggi.

II.

Nel Congresso Psichiatrico di Reggio nell'Emilia vennero trattati anche i seguenti argomenti, che hanno particolare importanza per la *Medicina legale*.

I. *Grilli.* « Caratteri della pazzia morale. »

Il tema della *pazzia morale* era già stato proposto dall'ultimo Congresso psichiatrico di Aversa. Per la morte del compianto Berti, l'ufficio di relatore fu affidato al dott. Grilli di Firenze. Còmpito della Commissione era di *porgere un quadro completo della così detta pazzia morale.* Il Relatore dichiarando di non essersi potuto abboccare cogli altri membri della Commissione, facevasi in certo modo relatore di sè stesso, e tentava nella sua Relazione di conciliare le opinioni di coloro che negano individualità propria alla pazzia morale, e di quelli che l'ammettono. Osservava che il così detto *sentimento morale* non poteva ritenersi una funzione speciale, od un'emanazione di organi determinati, ma doveva ritenersi solamente un criterio per giudicare dello stato mentale. Ammetteva che vi sieno soggetti assolutamente sprovvisti di senso morale, in conseguenza di disordini mentali, che necessariamente dovevano esser collocati fra i così detti *pazzi morali.* Riconosceva però che di fronte a questi casi d'indole congenita stavano altri d'indole affatto acquisita, come stadj di altre malattie mentali. Finiva quindi proponendo al Congresso di accogliere della pazzia morale queste due forme.

Il prof. Verga non mettendo in dubbio l'esistenza individuata *della pazzia morale*, insisteva affinchè questa non si dovesse ritenere sinonimo di *pazzia ragionante*, giacchè quest'ultima può trovarsi in mille altri stati d'alienazione mentale non aventi nessun rapporto colla pazzia morale (melancolie, così dette monomanie, eccitamento maniaco, ecc.).

Il prof. Tamassia osservava che la Relazione del dott. Grilli s'aggirava troppo nella generalità, e che era ben lungi dal determinare tutta la fisionomia clinica e medico-legale della pazzia morale. Egli osservava al dott. Grilli d'aver ommesso le opinioni dei più chiari scrittori stranieri, che si occuparono di quest'argomento, opinioni che dovevano figurare accanto alle molte da lui addotte non sempre troppo autorevoli. Di più facevagli notare che i caratteri di questa malattia mentale più che da concetti teorici dovevasi dedurre dallo studio circostanziato dei varj casi che stanno registrati nella scienza. Citava in appoggio ed illustrava il caso di Lemaire descritto dal Despine e dal Kraft-Ebing, quello della famiglia Bettini descritto dal Berti. Faceva notare collo Schüle e col Mausdley che assolutamente in questi soggetti manca il *sentimento*, e come vi si associ non rare volte un vero arresto di sviluppo mentale, ed un pervertimento degli istinti, specialmente dell'istinto sessuale. Notava ancora come i caratteri somatici che di so-

lito accompagnano la *pazzia morale* da chi doveva tracciarne un *quadro completo* non potevano esser trascurati: li enumera sintetizzando quindi i suoi concetti nel riconoscere questi soggetti come rappresentanti una vera *degenerazione psico-morale della specie*. — Circa la forma acquisita di pazzia morale, non nega che molti dei suoi sintomi possano preludere a molte altre malattie mentali; ma insiste specialmente, additando esempj, sul carattere transeunte e variabile dei sintomi in questi casi, e sul bisogno quindi di cassare le denominazioni di *mania morale*, *melancolia morale*, ecc., usate dal Relatore ad indicare questi stadj di pervertimento acquisito del sentimento, che non hanno assolutamente nulla di specifico.

Il Congresso dopo aver sentito le repliche del dott. Grilli, Morselli, Verga e Tamassia, incaricava una Commissione composta da Verga, Vigna, Lazzaretti, Tamburini, Morselli, Grilli, Tamassia per riferire sulle conclusioni del Relatore Grilli.

Questa, dietro relazione del prof. Tamassia, proponeva al Congresso le seguenti deliberazioni, le quali vennero all'unanimità assentite, e cioè:

1.° Non si fa questione sull'esistenza della *pazzia morale*, questa essendo stata già riconosciuta come individualità nosografica al Congresso d'Imola, e nelle statistiche nosocomiali.

2.° Riconoscendone una forma congenita ed un'altra acquisita; e desiderando illustrazione più ampia del tema, ripropone questo pel prossimo Congresso e delega a studiarlo i signori senatore Verga, Tamburini, Tamassia nei limiti qui segnati:

Porgere un quadro completo dei caratteri eziologici, clinici e medico-forensi della pazzia morale, illustrandone i tipi già registrati nella scienza, e potendolo, addurne, di nuovi.

II. *Tamassia.* « Sull'importanza clinica e medico-forense della *mania transitoria.* »

Notava esser erroneo lo sfratto dato a questa da scrittori illustri di medicina legale, quali il Casper ed il Liman, risultando dai fatti esattamente raccolti e specialmente da Krafft-Ebing ed ultimamente da Schwartzer che la *mania transitoria* non può andar confusa con un accesso di mania comune, di epilessia, o di melancolia. A quest'uopo ne tratteggiava in base ad osservazioni proprie ed agli ultimi studj i caratteri diagnostici differenziali da queste e specialmente dalla *epilessia*, colla quale alcuni autori, fra cui il Mausdley, la confondono. Fece notare di essa il processo genetico più accettevole (iperemia cerebrale per paralisi vaso-motoria), il legame coll'alcoolismo, coll'insolazione, e ne espose i momenti predisponenti e determinanti. Insisteva sui sintomi successivi all'accesso da lui descritto e specialmente sull'amnesia post-prodromale, che basterebbe per sè sola a distinguere la mania transitoria dall'epilessia. Però non si nasconde che se nella sua sintoma-

tologia non vi siano grandi dubbj, grandi incertezze si hanno nella sua eziologia, non potendo ancora gli studj ultimi dare di essa sufficiente spiegazione. Richiamata l'attenzione sulla somma importanza medico-forense di questa forma di alienazione, propone che il Congresso metta allo studio il tema dell'*eziologia della mania transitoria*.

Il prof. Lombroso accogliendo le idee del prof. Tamassia nel loro complesso, inclina a credere negli accessi di mania transitoria l'opera dell'alcoolismo ed anche della melancolia o dell'epilessia e cita in appoggio di questa sua idea il caso di un contadino che si mutilò dei testicoli in preda ad accesso di melancolia (raptus melanchonicus): proporrebbe quindi di dare il nome di *psicosi transitoria* a questa forma, poco preoccupandosi dei suoi rapporti causali colle altre malattie mentali.

Il prof. Verga, Ziino, La Loggia citano varj casi di vera mania transitoria ed il prof. Tamassia risponde di non accogliere l'idea di Lombroso, in quanto che è provata in non pochi casi descritti di *mania transitoria* l'indipendenza dall'epilessia, dall'alcoolismo e dalla melancolia; la denominazione poi di *psicosi transitoria* peccherebbe nella sua estrema indeterminatezza, potendo comprendere ogni accesso improvviso d'una malattia mentale qualunque; mentre la *mania transitoria* ha caratteri e decorso perfettamente spiccati.

Il Congresso accoglie la proposta del prof. Tamassia e propone pel prossimo Congresso di Voghera lo studio dell'*eziologia della mania transitoria*.

III. *Vigna*. « Rapporti della Freniatria con la Giurisprudenza. »

Il Vigna Direttore del Manicomio femminile di S. Clemente a Venezia, lesse una memoria sul grave tema del dissenso tra Magistratura giudicante e periti per ciò riguardo l'alienazione mentale. Osserva come ai magistrati manchi la giusta e tecnica nozione di ciò che sia pazzia, e come da questa loro ignoranza procedano l'indifferenza, la diffidenza, ed il rifiuto delle opinioni e dei giudizj dei medici. Invoca quindi che nei giudizj medico-legali venga accordata ai periti tutta la fiducia, essendo il tema della pazzia di assoluta spettanza delle indagini mediche.

A complemento di queste notizie, aggiungiamo che i cultori degli studj medico-legali presenti al Congresso (De Crecchio, Lazzaretti, Lombroso, Selmi, Ziino, Vigna, Venturi, Tamassia, Tamburini, Filippi, Tarchini-Bonfanti, Cugini) pensarono esser giunto il tempo per fondare una Società italiana di medicina legale ed incaricarono il prof. Tamassia di raccogliere le adesioni e di formulare un abbozzo di statuto, che si discuterà nell'assemblea di coloro che avranno fatta adesione a tale proposta.

A. Tamassia.

CONGRESSI MEDICI STRANIERI

Associazione francese per il progresso delle scienze. — Congresso di Reims dal 12 al 19 agosto 1880.

La sezione delle scienze mediche era presieduta dal sig. Denucé, e trattò delle materie che seguono, secondo la relazione datane dalla *Gazette des Hopitaux*. (N. 106 e 107).

I. *Landowski P.*, « Caso di porpora prodotta da cagione morale. »

Un giovanetto robusto e sano in conseguenza di forte emozione ammalò di porpora. L'eruzione spuntò su diverse parti del corpo con segni di scorbuto nelle gengive e edema ai genitali, che in qualche punto caddero in cangrena. In pari tempo dolore assai pungente dall'epigastro all'ombellico. Secondo il dott. Quinquaud quella porpora era effetto di una lesione del plesso dorso-addominale; il giovanetto tal rischio di rimanere schiacciato fra due carrozze, che n'ebbe spavento e perdette i sensi, ma non patì ferita ned altra offesa.

II. *Landowski E.*, « Cura de' tisici in Algeria.

L'Algeria, e specialmente la città d'Algeria, ha clima assai benefico alla tubercolosi polmonare e alle varie sue forme, perchè la temperatura e pressione barometrica sono quasi costanti, od almeno senza grandi variazioni: neppure l'umidità e l'asciutto vi sono soverchi.

III. *Quinquaud.* « Alterazione del sangue nelle malattie. »

Da buon numero di esperimenti l'Autore crede di potere trarre le seguenti conclusioni:

1.° Nello stato fisiologico, nei vasi sanguigni, una piccola quantità di emoglobina è *inattiva*.

2.° Durante la febbre la parte *inattiva* assorbe l'ossigeno è diventa attiva nel torrente della circolazione.

3.° In certe malattie l'emoglobina diviene *inerte*; per esempio, nell'ultimo stadio del vajuolo confluente, del croup, del colera, della peritonite, dell'infezione puerperale acutissima. I malati allora soccombono con cianosi o con l'aspetto dell'asfissia che comunemente dicesi *bianca*; l'emoglobina assorbe molto meno, per molta parte diventa *inattiva* quindi *inerte*.

4.° L'emoglobina può alterarsi tanto da lasciare il globulo sanguigno, sciogliersi e uscire facilmente dai vasi sanguigni. Ciò succede nelle malattie susseguite da gravi emorragie, nel vajuolo emorragico, nello scorbuto, ecc. La cagione principale del dissolversi questa materia attiva dei globuli, pare, badando alle analisi, stia soprattutto nell'alterata proporzione dei *principj minerali* dei globuli e del plasma del sangue. In questi casi gli albuminoidi dei corpuscoli e del plasma sono parimente alterati.

IV. *Courty*, di Montpellier, « Cura solvente dei miomi. »

La si fa con rimedj generali e speciali. Fra i primi si annoverano, oltre il regime e i tonici quali la china, il ferro, ecc., le spennellature con la tintura di jodio, le injezioni e i bagni alcalini, i purganti, i lassativi, il bromuro e joduro di potassio, ecc.

Sono rimedj speciali: 1.° le injezioni in vagina d'acqua calda con acido fenico nella proporzione di un quarantesimo; 2.° l'ergotina d'Ivon injettata sotto la pelle, o data internamente alla dose d' 1 grammo al giorno soluta in 7 grammi di glicerina e in altrettanto d'acqua distillata; 3.° Le correnti elettriche.

V. *Leudet*, di Rouen, « Le idropisie e le alterazioni de' reni nella convalescenza del vajuolo. »

Nella convalescenza del vajuolo, del morbillo e della febbre tifoide possono succedere idropisie, albuminuria e nefriti. Queste complicazioni, rare di solito, appajono specialmente in certe malattie. Altre ancora, come il gonfiarsi della milza, del fegato e dei gangli linfatici, sorgono talora nella convalescenza della febbre tifoide, più di rado nel morbillo; esse pure succedono sopra tutto in certe epidemie. E però può concludersi che v' hanno epidemie di vajuolo, di morbillo e di febbre tifoide con il carattere particolare di rendere frequenti nella convalescenza certe complicazioni alquanto rare nella forma sporadica.

VI. *Paul Costantino*, « Cura del tremore mediante bagni galvanici. »

L'Autore definisce il *bagno galvanico*, diverso dall'elettrico, un bagno d'acqua nel quale il malato è di continuo percorso da correnti interrotte in direzione ascendente, bagno che va ripetuto un giorno sì e l'altro no, durando mezz'ora. Ei n' ha tratto ottimo profitto in quasi tutti i casi di tremore, perchè o migliorarono, o guarirono, specialmente se il male era effetto d' irritazione spinale, d' abuso di bevande spiritose, o di mercurio. Per lo contrario inutile affatto nell' atassia locomotrice.

VII. *Dransart*, de Somain. « Relazioni patologiche fra l'occhio e l'orecchio. »

Assai curiosi i casi riferiti in questa memoria. Il primo riguarda un calderajo beone che divenuto prima guercio, quindi dopo dieci anni cieco per esserglisi infitto nell'occhio squammette di ferro, diventò successivamente sordo prima da un orecchio, poi dall'altro. Il secondo fatto è d'un fanciullo che perdeva l'udito nell' orecchio destro, poichè gli si acciecò, per esterna violenza, l'occhio del medesimo lato. Nella 3.ª e 4.ª osservazione trattasi di due giovani divenuti ciechi e sordi, e ne' quali l'udito andò migliorando a mano a mano che ritornava la vista.

Secondo l' Autore fra l'organo della vista e dell'udito intercedono relazioni patologiche di natura riflessa per mezzo del trigemino, i cui effetti tanto più facilmente succedono se i malati siano sotto l'impero di una diatesi generale, quale la scrofola, la sifilide, l' inveterata ubbriachezza e lo stato linfatico. Di fatti nel 1.° caso troviamo un ubbriacone,

nel 2.° un fanciullo nato da padre e madre sifilitici, nel 3.° uno scrofoloso.

VIII. *Estorc*, di Montpellier. « D'un caso d'atrofia locomotrice d'origine sifilitica. »

Nel cadavere d'un tale malato d'atassia sifilitica trovava queste principali lesioni: Forte congestione delle meningi spinali con la pia madre ingrossata e aderente alla sostanza nervosa; particolare trasparenza e colore bigio dei cordoni posteriori; rammollimento della sostanza corticale del cervello aderente insieme alle meningi.

IX. *Lefèbvre*, professore a Lovanio. « Cura chirurgica delle ipertrofie della prostata. »

Dopo aver letta una nota su quest'argomento, l'Autore presenta una specie di doppio catetere formato da due branche di cui l'una è introdotta nell'uretra, l'altra nel retto. Mediante una vite premente si comprime quanto piace la prostata fra le due branche dell'istrumento che s'articolano sopra il glande a guisa d'un forcipe.

Il dott. Lefèbvre presentava un altro instrumento per siringare la vescica: è un fusto del diametro di 3 millim. alla cui estremità sta invitata un'oliva, cava, con un foro davanti e uno di dietro e piena dell'olio necessario per rendere lubrico il canale dell'uretra entro cui deve scorrere.

X. *Charpentier*, di Nancy. « Il senso della luce e dei colori. »

Questi due sensi sono affatto distinti. Se fisicamente il color bianco è formato dalla miscela di parecchi colori, fisiologicamente non è lo stesso. La sensazione del bianco è una sensazione semplice, laddove che la nozione del colore è l'effetto di funzione differente e più composta. L'Autore ne dà questa spiegazione.

1.° Il bianco non è un colore composto, perchè agisce sulla retina in modo diverso degli altri colori; ciascuno de' quali ha un campo visuale ristretto e vario secondo la propria natura e intensità; il bianco invece l'ha costante e più esteso; 2.° la retina sente ugualmente la luce bianca in ogni punto del campo visuale; sente invece meno gli altri colori quanto più si va lungi dal punto di *fissazione* (Landolt e Charpentier); 3.° v'hanno casi patologici ne' quali il senso de' colori è spento del tutto (acromatopsia totale), laddove che la sensibilità luminosa persiste: l'Autore ha osservato nella clinica del prof. Landolt un caso d'emiopia relativa unicamente alla sensibilità de' colori; 4.° una luce colorata, anche monocromatica, di cui si aumentò soltanto l'intensità partendo dallo zero, comincia in lievissimo grado a produrre una sensazione luminosa semplice, la medesima per tutti i colori; ed è soltanto quando abbia intensità maggioro (e quanto più si scosta dal centro della retina) che di una sensazione di colore specifico.

La luce agisce dunque in due modi sull'organo della vista: 1.° su la sensibilità luminosa; 2.° su la sensibilità cromatica. Si può quindi aumentare l'azione d'una luce su la sensibilità luminosa, l'azione sel senso-

cromatico restando lo stesso: basta tenere l'occhio all'oscuro per 15 o 20 minuti: la sensibilità luminosa è allora esaltata, la cromatica invece non ha mutato. Uscendo dal bujo ad ogni sensazione di colore s'aggiunge una sensazione di bianco che ai colori i più puri dà una tinta dilavata e bianchiccia. Finalmente l'addizione di certa quantità di luce bianca, anche molto forte, ad un colore semplice, non muta la sensibilità dell'occhio per questo colore.

XI. *Trélat.* « Nuovo metodo di cura dei restringimenti del retto. »

È piuttosto un nuovo processo per passare un'ansa elastica attraverso i restringimenti dell' intestino retto per tagliarli, senza le lesioni gravi della rettotomia lineare e le altre operazioni commendate in simili casi. A tal fine si passa un'ansa di filo mediante un ago introdotto da fuori in dentro di sopra il restringimento; quest'ago fermo su d'un manico, dopo aver traversato la mucosa intestinale va ad infiggersi in una tela tesa su d'un anello di metallo con manico introdotto per l'ano nel retto. Traendo l'anello si cava fuori anche l'ago che vi si è infitto. Si sostituisce quindi al filo semplice l'ansa elastica, che deve tagliare il restringimento.

XII. *Trélat.* « Medicatura alla Lister negli ascessi caldi. »

Rapidissima n'è la guarigione: un flemmone nell'ascella suppurato in un giovane di 25 anni e pieno di marcia guariva con tal metodo in 6 giorni. Il professore Trélat ne fece argomento d'una lezione clinica. Il tumore venne ampiamente inciso e lavato con una soluzione d'acido fenico al 5 per 100. Fatta la medicatura tutti i fenomeni inflammatorj disparvero.

Su questo proposito il dott. Rochard partecipava i buoni effetti della medicatura alla Lister adoprata dai chirurghi della marina inglese nella cura degli ascessi del fegato: la mortalità da 9 su 10 è scesa a 1 su 10. Subito che si sospetta un ascesso del fegato si fanno una o due punture esploratrici con l'ago e l'aspiratore di Dieulafoy, fino a che siasi scoperto il focolajo purulento; trovatolo si fa una larga incisione conducendo il coltello lungo il trequarti, ed evacuata tutta la marcia si lava il cavo con acqua e acido fenico nella proporzione di 1|10; quindi si mette un grosso tubo scaricatore e si appone la medicatura antisettica. La guarigione si compie in due o tre settimane.

Le comunicazioni del prof. Trélat e del dott. Rochard danno motivo ad una discussione nella quale prendono parte: 1.° il dott. Nicaise, che non respinge in modo assoluto l'uso de' cataplasmi dopo aver inciso gli ascessi caldi e soltanto un po' più tardi si serve della medicatura alla Lister; 2.° il Maurel di Cherbourg, che si giova assai bene del coaltar saponificato; 3.° il dott. Houzé di Aulnoit di Lilla, che adopra nelle medicature l'acqua salata.

XIII. *Parrot,* « Sifilide dei denti. »

L'Autore ne ha fatto uno studio speciale e per parecchi anni nell'Ospitale infantile (*Enfants-assistés*). Offende in particolar modo la

smalto; specie d'erosione che Hutchinson considerava già di natura sifilitica, e Magitot invece effetto degli accessi d'eclampsia. Il Parrot lo dice apertamente eredità della sifilide che comincerebbe durante la vita intrauterina. La dentina pertanto non rimane scoperta; ovvero lo smalto rimane fragile, poco aderente e giallo: in pari tempo la dentina è più sottile.

La maggior parte de' fanciulli co' denti in questo stato sono rachitici; ma anche la rachitide per il Parrot non è che una delle ultime manifestazioni della sifilide ereditaria. Inoltre quelli hanno generalmente nei luoghi d'elezione papule sifilitiche, cranj simili a quelli de' neonati, osteofiti nelle ossa delle braccia e delle gambe, un gruppo insomma di lesioni che non potrebbero avere altra origine che la sifilide. Essendosi trovate queste alterazioni dei denti in uomini preistorici, i cui crani erano perforati, s'ha ragione di credare che la sifilide, se non nei primi tempi dell'umanità, fosse già per lo meno ai tempi dei *dolmens*.

Il dott. Magitot sostiene assolutamente sia cagione dell'erosione dei denti l'eclampsia de' fanciulli, e cita il fatto di sè medesimo, che per aver avuto da bambino accessi d'eclampsia che durarono un mese, ne porta tuttora ne' denti le conseguenze. Rispetto ai cranj citati dal Parrot, dice che que' buchi erano fori di trapano, la trapanazione fin dai tempi più remoti essendosi adoprata nelle convulsioni.

XIV. *Dujardin-Beaumetz* e *Audigé*. « Del potere tossico degli alcool. »

Gli autori hanno fatti nuovi esperimenti su questo soggetto. Nelle prime prove s'erano serviti del metodo ipodermico che produceva effetti che in verun modo potevansi comparare con quelli del vero alcoolismo; in queste altre invece hanno tenuto la via dello stomaco. E però furono dati a de' majali i diversi alcool che si trovano in commercio mescolandoli al loro cibo ordinario, nella proporzione di 1 grammo a 2,70 per chilogrammo del peso dell'animale. Senza poter conchiudere in modo assoluto, quantunque gli esperimenti abbiano durato più d'un anno, gli autori pongono fine alla memoria con queste parole:

« Nel majale l'alcool, dato di continuo per un anno e a dosi alquanto alte (200 gram. al giorno), non basta per produrre alterazioni de' visceri. Questo fatto, in sè stesso, nulla ha di straordinario: e per vero se si badi a ciò che succede nell'uomo che abusa di bevande spiritose, non è dopo pochi mesi che susseguono i fenomeni gravi dell'alcoolismo, ma dopo parecchi anni. Neppure bisogna dimenticare il grandissimo divario che, rispetto al sistema nervoso, separa l'uomo dall'animale sottoposto all'esperimento. Il cervello che nel primo domina, ha piccole dimensioni nell'altro, e però le condizioni dell'ubbriachezza debbono essere modificate di molto nell'uno e nell'altro caso. L'eccitamento cerebrale prodotto dall'abuso degli alcool, e che precede lo stadio del collasso, trae seco probabilmente molteplici disordini: nel majale, invece, il cui cervello rispetto al peso totale del corpo è pochissimo sviluppato,

non v' ha eccitamento, e l'azione dell'alcool subito si palesa con un sonno tardo a profondo. »

XV. *Gairal*, di Carignan. « Nuovo anello pessario. »

F. Franck presentava, in nome del Gairal seniore, un nuovo pessario anulare per i prolassi dell'utero e della vagina, fornito di due cerniere, una davanti per il fondo cieco della vagina, l'altra di dietro per il fondo cieco posteriore.

XVI. *Dumontpallier*. « Applicazione d'un apparecchio refrigerante. »

Il dott. Dumontpallier presenta di nuovo l'apparecchio da lui immaginato per diminuire, mediante l'artificiale e progressivo raffreddamento, il soverchio calore nelle malattie. (*Bulletin de l'Académie de Médecine* Séance 9 marz 18°0, *Gaz. des Hopitaux*, N. 30, p. 236).

XVII. *Javal* e *Schlötz*. « Nuovo oftalmometro. »

Questo nuovo istrumento vale per misurare immediatamente la forma che precede la cornea secondo le immagini riflesse. Per conseguenza si può conoscere il difetto dell'occhio e provvedervi con denti adatti.

XVIII. *Mauriel*, de Cherboury. « Cura delle piaghe chirurgiche. »

I diversi metodi di medicare le piaghe, vecchi e nuovi, possono essere ordinati in 5 grandi gruppi, di cui ecco il valore comparativo:

1.° La medicatura semplice dev'essere ormai abbandonata: le irrigazioni continue, fredde o tiepide, purchè tenute a costante temperatura, possono rendere buoni servigj;

2.° Il principio della filtrazione meccanica dell'aria va conservato, ma procurando di sostituire al cotone una sostanza meno calda e che faccia meno ingombro;

3.° La medicatura alla Lister dà buoni frutti, ma è complicata, malagevole e pare non resterà che negli ospedali;

4.° Le atmosfere artificiali debbono essere abbandonate;

5.° I mezzi di occlusione, e specialmente il collodion, sembra meritino la preferenza.

Nondimeno il Maurel insiste specialmente su la necessità di sottrarre le ferite e piaghe ad ogni contatto de' germi, condizione assoluta per la buona riescita di qualunque medicatura. Mi si dia, dice sul finire, un mezzo qualsiasi di preservare una piega dal contatto de' germi e io la guarirò.

XIX. *Lancereaux*. « Tisi ereditaria, habitus, manifestazioni locali ed evoluzione. »

1.° La prole del tisico si distingue per avere il corpo debole, mingherlino e piccolo, il torace piatto e principalmente peli radi e sottili cui corrisponde meschino sviluppo degli organi genitali. La tubercolosi dà un' impronta speciale all'essere che colpisce fin dal concepimento e crea per così dire una razza a parte;

2.° Le principali modificazioni recate nell'organismo dall'eredità tisica si svelano principalmente nel tempo della pubertà, e consistono nell'arresto di sviluppo non d'un organo o d'un sistema, ma dell'insieme della

complessione che mantiene le apparenze di relativa giovinezza e resta in una specie di stato neutro generalmente designato co' nomi di *infantilismo* o di *femminismo*;

3.° I soggetti con questo tipo, specialmente predisposti alla tubercolosi, debbono essere governati da un'igiene preventiva, tanto rispetto al vitto, quanto all'aria ed agli esercizj del corpo.

XX. *Catillon*. « Nutrizione per la via del retto. »

Nel laboratorio del prof. Vulpian nutriva due cani con clisteri d'uova per due mesi: il cane cui erano injettate uova pure visse a stento calando molto di peso; l'altro, che riceveva uova miste a pepsina con glicerina, continuò a vivere bene, il peso e la temperatura restando costanti. Dopo 37 giorni essendo stata tolta la pepsina, l'animale scemava in 15 giorni di 2,750 grammi, e la temperatura scendeva da 39° a 37°,2. È dunque necessario perchè la nutrizione si compia bene per la via dell'intestino, di combinare con gli alimenti dei fermenti digestivi, cioè di trasformarli in peptoni.

Con altra serie d'esperienze Catillon dimostra che si giunge al medesimo fine con peptoni preparati. Con un vitto quotidiano regolare composto di 300 grammi di carne, 350 grammi di pane e 300 di patate, ha trovato che eliminava una quantità d'urea che andava da gr. 23,50 a 24,50, pesando esso chil. 71,900. Per 3 giorni toglie la carne, l'urea discende a gram. 30,05 e il peso a chil. 72,300. Per 4 giorni prende il peptone in clistere; il peso resta costante e la proporzione d'urea è la medesima per uguale quantità di peptone. Riprende il vitto magro e l'urea torna a calare a 15 gram. e il peso a chil. 71,800. Per la razione normale abbisognano 160 gram. di soluzione satura di peptone, che segnando 19° all'areometro di Beaumé rappresenta 3 volte il suo peso di carne.

Per un clistere alimentare occorrono:

Peptone di carne (soluzione satura a 19°)	40 gram.
Acqua	125 »
Laudano	3 o 4 goccie.
Bicarbonato di soda	30 centigr.

XXI. *Gayet*, di Lione. « Processo nuovo d'iridotomia nel caso di cateratta secondaria.

Dopo aver discusso il processo di Graefe, che, malgrado i suoi vantaggi, dà spesso luogo a piccole emorragie, in conseguenza dello staccarsi del corpo ciliare, dopo avere ricordato che il processo dell'ago di Cheselden mette a rischio di ferire il cristallino e per di più fa un'incisione troppo piccola, il dott. Gayet descrive il processo che ha creduto dover immaginare per evitare questi inconvenienti.

Al pari di Graefe, dice, infiggo il mio coltello nell'estremo del diametro conveniente con la lama nel piano del meridiano passando per il punto dell'attacco, soltanto invece di volgere il tagliente indietro lo porto per

davanti: pungo l'iride immediatamente e in direzione favorevolissima; poscia, riconducendo il coltello parallelo col piano equatoriale, lo faccio scorrere dietro la membrana da recidere; giunto all'altra estremità della camera anteriore, inclino ancora un po' più il mio instrumento indietro, pungo di nuovo l'iride, quindi la cornea, e taglio per davanti come movessi una sega.

XXII. *Verneuil.* « Della importanza eziologica delle esterne violenze. » Il prof. Verneuil con molta dottrina mostra la parte importantissima che hanno le lesioni violente nell'origine e nello svolgimento delle malattie dette spontanee. Tale parte, esagerata dal volgo e fatta troppo meschina dai medici e dai chirurghi, non è mai stata abbastanza determinata. E però non è mai stato steso l'elenco delle lesioni e delle malattie a cui può darsi l'epitteto di *traumatiche*, come quello che indica la parte che hanno avuto in produrle le violenze esterne. Quando si avrà la nota intera degli effetti di queste violenze sui tessuti e gli organi sani o già alterati ne' soggetti sani o compresi da malattia generale, si vedrà, non senza meraviglia, quanto grande sia questa potenza.

Soltanto dopo avere riassunti, classate ed esposti metodicamente i documenti relativi a sì fatta questione, documenti sparsi negli scritti su la traumatologia, sarà possibile di studiare separatamente ogni deutoropatia traumatica e farne la patogenia, sebbene altre difficoltà ancora e non lievi possono trovarsi.

Considerata in sè stessa la nozione esatta della anzidetta parte eziologica e della patogenia delle deuteropatie traumatiche ha importanza pratica grandissima e molto diretta: conduce ad assai ampia ed efficace profilassi, preziosa specialmente per ciò che può esser adoprata ad ogni momento, subito fatta la ferita siccome dopo che è cicatrizzata, e più oltre ancora l'apparente guarigione.

Il dott. Onimus propugna le idee del Verneuil ricordando quanto le affezioni nervose d'origine traumatica differiscono da altre consimili sorte spontaneamente.

XXIII. *Potain.* « Della dieta lattea nelle malattie del cuore. »

L'Autore divide le malattie del cuore in 4 gruppi principali: 1.° le affezioni organiche; 2.° le nevrosi primitive; 3.° le infiammazioni acute del cuore; 4.° l'ipertrofia semplice del cuore. La dieta lattea è particolarmente efficace nelle malattie secondarie del cuore, ipertrofia o dilatazioni semplici che hanno origine renale o gastrica: modifica lo stato de' reni o dello stomaco, specialmente per ciò che lascia a questi organi il maggiore riposo. E però affinchè sia veramente efficace, deve essere assoluta e più o meno continuata.

È pure utile ne' casi di semplice palpitazioni riflesse quando l'origine sia gastrica. Possiamo servirci dell'azione diuretica del latte nell'idropisia, specialmente e forse esclusivamente quando questa sia la conseguenza d'un disordine secondario de' reni, o di flogosi intercorrente delle sierose. Finalmente la dieta lattea non può essere efficace che quando

sia bene tollerata, cioè sianvi facoltà digerenti e assimilatrici capaci di convenientemente profittare del latte.

Il dott. Maurel di Cherbourg ricorda in proposito che la dieta lattea spesso è adoprata negli ospitali della marina per rimedio della diarrea e dissenteria cronica. Se, ei dice, con 2 litri di latte i malati calano di peso, e con 2 litri e mezzo molti nè crescono nè scemano, con 3 invece tutti aumentano di peso. È dunque inutile dare, come talora si fa, 5 o 6 litri al giorno.

Il dott. Leudet di Rouen soggiunge che di moltissimo profitto è la dieta lattea negli ubbriaconi con malattia di cuore.

XXIV. *Petit L. H.* « La galvano-puntura negli aneurismi dell'aorta. »

Riferisce l' esito di 114 casi d' aneurisma dell' aorta, 111 de' quali curati con correnti continue e 3 con le correnti interrotte; e cioè:

miglioramenti	69
morti senza notabile miglioramento	38
senza verun effetto	3
con effetti dubbj	4

39 malati hanno sopravvissuto meno d'un anno, quantunque molto migliorati di salute, 10 da uno a 2 anni, gli altri da 2 a 5. Ne' malati, a cui si è potuto tener dietro abbastanza per sapere della loro morte, la rottura del sacco aneurismatico è avvenuta circa 40 volte: è la causa di morte più frequente in questi casi.

Scomparsi gli accidenti immediati, od anche subito dopo l'applicazione dell'elettricità, il miglioramento s'è mostrato in un certo numero di casi diminuendo i dolori, diminuendo le pulsazioni, aumentando invece la consistenza del tumore per indi progressivamento diminuire.

Questo retrocedere del male è continuato in 24 casi, dopo una sola applicazione, ed è durato da 2 a 17 mesi; in altri casi si è dovuto fare da 3, 4 o 5 applicazioni, e perfino 11 e 12, breve essendo il miglioramento dopo le singole applicazioni, e queste ripetendole come le molestie riapparivano. Tutti i soggetti di questa categoria sono soccombuti poco dopo l'ultima applicazione. Gli aneurismi intratoracici hanno avuto 30 esiti buoni e 7 cattivi; a quelli che s' erano fatti esteriori 36 volte la sorte fu felice e 31 contraria. Vedesi dunque che se la proporzione degli esiti felici è maggiore quando l' aneurisma è ancora chiuso nel torace, si possono nondimeno sperare buoni effetti nella metà circa de' casi d'aneurisma dell'aorta con tumore esterno.

I 114 casi rappresentano 292 applicazioni che si ripartiscono, riguardo al risultato immediato, nel seguente modo:

miglioramento	186
aggravamento	61
statu quo	14
non indicati esattamente	31

Il miglioramento si fece sentire soprattutto rispetto al sintoma dolore; ebbesi pure cessato l'accesso d'angina di petto, il ritorno del sonno, dell'appetito, ecc. Nell'aggravamento invece notavansi l'aumento del volume del tumore, l'infiammazione del tramite degli aghi, la cangrena circoscritta, emorragie pertinaci, ecc. Questi accidenti osservavansi specialmente quando s'era fatto comunicare gli aghi con il polo negativo; invece sono stati rarissimi quando il polo positivo solo è stato adoprato. Il dott. Petit conchiude quindi con Anderson, Dujardin-Beaumetz, Teissier, ecc., che la galvano-puntura positiva è il miglior processo sin quì adoprato.

Nella massima parte de' casi v'ebbe coagulazione del sangue nel sacco aneurismatico: la perfetta guarigione non è stata osservata che in 2 o 3 casi, ma il miglioramento è stato lunghissimo in moltissimi altri.

XXV. *Galliet*, de Reims. « Della cistotomia prerettale. »

L'Autore, presentando al consesso molti calcoli cavati dalla vescica con questo metodo, ricordava che tanto meno è da temere ne' vecchi sì fatta operazione, con cui si passa attraverso la prostata, dappoichè si riesce così a dileguare cistalgie ribelli e ritenzioni d'orina. Per prevenire qualsiasi ritenzione d'orina e le emorragie consecutive all'operazione, bisogna tenere permanente una siringa munita di due piccole spugne.

XXVI. *Henrot H.* « Del taxis addominale nell'ernia strozzata e nello strozzamento interno. »

Ai due espedienti già commendati da sostituire al taxis, quali la pressione sul ventre e superiormente all'ernia con sacchi di piombo, e la parziale inversione del corpo perchè il peso ricada su l'intestino ernioso, il dott. Henrot di Reims propone d'aggiungere un altro mezzo, cioè una specie di mantrugiamento del ventre vicino all'ernia. Cita due osservazioni in cui questo taxis addominale molto gli ha servito. La prima riguarda una vecchia di 60 anni, che aveva un'ernia strozzata con corda tesa dalle parti profonde del ventre all'orifizio peritoneale dell'ernia stessa: il taxis metodico comune continuato per 12 o 15 minuti non riesce; s'ottiene invece rapidamente la riduzione premendo forte con le dita subito sopra l'arcata crurale. Nel 2.° caso si tratta di una giovane di 27 anni colta improvvisamente da strozzamento interno: il mantragiamento del ventre per 4 o 5 minuti bastò per fare scomparire il tumore e gli accidenti che aveva prodotto.

Il dott. Ollier crede che questo taxis addominale insieme con il taxis comune possa dare buoni effetti, ma non debba esser adoprato che quando si è certi che l'intestino non è ulcerato, cioè nelle ernie recenti.

XXVII. *Plonquet*, d'Ay, « Dell'alcoolismo. »

Tratta dell'alcoolismo tanto riguardo all'individuo, quanto alle conseguenze ereditarie.

XXVIII. *David T.* « Innesto dei denti. »

Riferisce 5 casi di denti trapiantati con pieno successo. Il dente infisso in altro alveolo vi si consolida mercè d'un processo vitale, l'*innesto*, analogo alla riunione immediata. Con tale annestamento si può sostituire a un dente guasto un sano preso su lo stesso soggetto (*trasposizione*) o su d'altro soggetto della stessa specie (*trapiantamento*). Occorre sciegliere per l'innesto denti sani, che pur si debbono strappare nel caso specialmente di dover regolare le arcate dentarie.

XXIX. *Gouguenheim.* « Spasmo della glottide d'origine isterica. »

L'Autore dopo aver narrata la storia di grave spasmo in un'isterica che quasi costrinse a fare la tracheotomia, e dopo aver discorso d'una varietà di spasmo laringeo d'origine isterica, che può simulare un vero restringimento della trachea, conchiudeva:

L'afonia nervosa accompagna tanto lo spasmo, quanto la paralisi della glottide. Se lo spasmo sia lieve può passare inosservato, ed allora le alterazioni della voce sono il sintoma prevalente dell'affezione laringea. L'esame laringoscopico è allora il solo mezzo di conoscere se l'afonia è sintomatica d'uno spasmo o di una paresi muscolare. Lo spasmo grave della glottide nelle isteriche è talvolta tanto temibile quanto lo spasmo infantile: per buona sorte è complicazione assai rara; nondimeno ha potuto produrre la morte, od almeno ha reso necessaria la tracheotomia. A quest'espediente si può ricorrere ne' soggetti di cui sia ignoto lo stato precedente ne' quali lo spasmo può simulare una laringo-stenosi di natura organica. Mezzi anodini come l'applicazione dei rivellenti alla parte anteriore del collo, od anche la sola vista dell'apparecchiare la tracheotomia, possono bastare a calmare quasi per intero l'accesso. Bisogna sempre sospettare di qualche cosa di simile in una donna che non si sa come stesse prima, e innanzi di procedere ad operazione di urgenza si faccia l'esame laringoscopico.

Il dott. Blondeau crede che in casi analoghi a quelli del dott. Gouguenheim si potrebbe utilmente adoprare il cloroformio fatto inspirare finchè i muscoli rimangano rilassati.

XXX. *Onimus.* « Ufficio dell'antipiede nel camminare. »

L'Autore per confermare le considerazioni fisiologiche e ortopediche sull'ufficio dell'antipiede nell'atto del camminare presenta molti disegni avuti col far posare il piede d'un uomo cha cammina su carte tinte con nero fumo. Da quelle vestigie ne' diversi tempi del passo ne risulterebbe che la regione anteriore del piede si restringerebbe nella larghezza al momento che il calcagno si solleva. Espone anche le modificazioni che susseguono nella forma e nelle funzioni dell'antipiede a cagione delle paralisi e delle retrazioni dei gruppi di muscoli che s'attaccano alle ossa di esso.

XXXI. *Vautrin,* di Giffaumont. « Topografia ed igiene del cantone di Saint-Remy-en Bougemont. »

Pregevole studio intorno le malattie palustri frequenti in quel paese, e i modi di risanare le paludi donde quelle provengono.

XXXII. *Poncet*, di Lione. « Periostosi del cranio ne' segatori di legno. »

Ricorda la memoria già pubblicata nel *Lyon médical* su quest'oggetto e presenta la forma del cranio d'uno di que' segatori da lui esaminati. Questo tumore, prodotto dalla lunga e continua pressione di pesanti travi sollevate, senza interporvi cuscino od altro, con la testa, trovasi sempre nella linea mediana e sopra la sutura sagittale: non può esser confuso con un tumore sifilitico, e può benissimo servire al medico legale come segno d'identità, che la putrefazione del cadavere non può distruggere. (*Gaz. des Hopit.* N. 97, p. 773).

XXXIII. *Brouardel* e *Boutmy*. « Degli alcaloidi cadaverici. »

Male s'apposero coloro che negarono si possano formare ne' cadaveri, che stanno putrefacendosi delle sostanze alcaloidi note col nome di *ptomaine*. Fra le molte esperienze fatte dai due autori, il dott. Boutmy cita questi due fatti: 1.° gli organi di un tale, asfissiato dall' ossido di carbonio, sono analizzati alcune ore dopo la morte, e si trovano senza veleno: 8 giorni dopo questi stessi organi contengono una base organica solida con i caratteri generali degli alcaloidi e capace in piccola dose d'uccidere rane e porcellini d'India; 1.° una ptomaina venefica fu scoperta in un avvelenato con acido arsenioso.

Una ptomaina potendo quindi formarsi nel cadavere d'uomo avvelenato o no, importa grandemente, rispetto alla medicina legale, d'impedire che ciò avvenga il freddo è il mezzo più sicuro.

XXXIV. *Garnier*. « Epistassi ribelle dipendente da cirrosi del fegato. »

Un uomo di 52 anni, robusto, dedito ai liquori, entrava nell'infermeria del prof. Verneuil per epistassi ribelle all' otturamento, a tutti gli emostatici, al percloruro di ferro, all'ergotina, ecc. Scoprissi finalmente che v'era cirrosi del fegato sui primordj: applicato un vescicante su la regione epatica, l'emorragia cessava.

XXXV. *Labbé* e *Bruchet*. « Trombosi e cangrene molteplici. »

Il prof. Verneuil, da parte de' suoi assistenti Labbé e Bruchet riferiva la storia di cangrena de' piedi di un giovane nè scrofoloso, nè sifilitico, e neppure malato di diabete. Lo sfacelo allargandosi ognora fino all'articolazione tibio-tarsica, l'amputazione venne fatta col termo-cauterio senza che goccia di sangue si perdesse. Per 6 giorni buonissimo stato, temperatura a 38°; ad un tratto violenta oppressione, abbattimento, massimo pallore, segni d' interna emorragia. Si leva la medicatura e trovasi incipiente cangrena de' lembi. Poche ore dopo il malato moriva.

Autopsia. — Le due tibiali delle gambe otturate da trombi, come la femorale destra, partendo dall' anello del 3.° adduttore, la poplitea sinistra, le 2 cubitali destra e sinistra e la radiale destra. Lo stomaco conteneva circa un litro di sangue nero, e sopra la piccola curva aveva 2 ulceri semplici, nel cui centro vedevasi un piccolo coagulo che chiudeva il vaso che aveva prodotto l'emorragia.

XXXVI. *Ollier*. « Resezione dell'anca nella coscialgia suppurata. »

La medicatura alla Lister concede di far ora osservazioni che per lo

passato e con ragione non si sarebbero assolutamente tentate: fra queste è la resezione della testa del femore nella coscialgia. Il dott. Ollier trattando quest'argomento comincia collo stabilire la necessaria distinzione fra il fanciullo e l'adulto; e per vero tutti gli operati di oltre 20 anni sono morti; ma conviene soggiungere che l'operazione veniva fatta tardi. Nei fanciulli invece la cosa va per buona fortuna altrimenti: la resezione della sola testa del femore è in generale sufficiente e non impedisce il membro cresca pur in basso. Ad evitare il soverchio smarginamento l'Ollier si serve di questo processo; nei fanciulli minori di 10 anni, ne' quali le ossa sono meno compatte, si taglia con un coltello il gran trocantere obliquamente all'esterno e in basso, lo si rialza coi muscoli che vi si inseriscono, s' incide la capsula articolare, si esplora la testa del femore e la cavità cotiloide, si raspa, si svuota, e occorrendo si fora col trapano la cavità stessa e si risega la testa. Poscia con fili di *catgut* si fa la sutura della capsula, e si appone il gran trocantere tenendolo in posto con punto di sutura metallica.

In 11 casi Ollier ha avuto 4 guarigioni con la raspatura, e altrettante con la resezione; 3 sono tuttora in cura. Per lui la resezione dell'anca nella coscialgia suppurata ne'giovani diminuisce la mortalità, anzichè aumentarla.

XXXVII. *Duval Mattia* e *Wiet.* « Progressione intra-addominale degli ovuli per mezzo dei cigli vibratili. »

Da ciò che hanno veduto nella rana e nella gatta in fregola, credono si possa concludere che nella donna succede durante la mestruazione qualche cosa di simile relativamente al migrare degli ovuli mediante i cigli vibratili. Infatti hanno costantemente trovato sul peritoneo delle rane femmine, siccome delle gatte nel tempo predetto, un epitelio con ciglia vibratili che assai vivacemente si muovevano.

XXXVIII. *Gentilhomme*, di Reims. « Cura dell'acne della faccia. »

L'acne del volto in certi casi è prodotto da un parasito, *demodex*, nelle glandole sebacee; distrutto immediatamente scompare l' eruzione di pustole e il rossore della pelle. Tale distruzione è possibile, ma soltanto dopo lunga e minuziosa cura. Il mantenersi alcuni parasiti sfuggiti alla sostanza tossica o la conservazione delle uova spiega come facile sia la recidiva dopo una guarigione che apparentemente sembrava perfetta.

XXXIX. *Tison.* « Considerazioni pratiche sopra un caso d'idramnio. »

Trattasi di gravidanza presa per una cisti multiloculare 3 giorni prima del parto, il quale finiva regolarmente malgrado alcuni particolari, il travaglio lentissimo quando dapprima pareva dovesse essere assai rapido; borsa delle acque molto dura, sicchè convenne pungerla con un lungo ago di legno; scolo di 6 litri di liquido amniotico; impossibilità, a cagione della cattiva forma della testa del feto, di fare la diagnosi della presentazione e della posizione. Il feto che non si potè far respirare, aveva le ossa del cranio imperfettamente ossificate, no-

tabilmente accorciati i due primi segmenti degli arti superiori e inferiori, e straordinariamente mobili le loro articolazioni; in una parola eravi *acondroplasia*, cioè sviluppo difettoso delle ossa in conseguenza di un'alterazione della cartilagine affatto sterile.

XL. *Loewemberg.* « Parasiti vegetali dell'orecchio dell'uomo. »

Tratta principalmente dell' otemicosi prodotta da muffe, del genere *aspergillus*, nel condotto uditorio, sulla membrana del timpano, e, se questa sia perforata, nella cassa. Ne segue sordità, scolo d'umori, ronzio, tinfitture, ecc., che possono durare degli anni, se non si faccia una cura speciale anti-parasitica, adoprando ad esempio l'alcool assoluto.

Crede l'Autore che l'*otomicosi* generalmente derivi dall'usare sostanze grasse ed anche acqua distillata in cui può trovarsi un micelio; e sarà consiglio di sostituire ai grassi la glicerina, e raccomanda le soluzioni alcooliche.

XLI. *Bouchut.* « Delle papaine ed altre pepsine vegetali. »

Dagli esperimenti fatti co' prodotti della *carica papaya* e del fico, il Bouchut conchiude che si può sostituire nella dispepsia o sulle malattie croniche delle vie digerenti la pepsina animale con la papaina. Inoltre egli ha fatto injezioni di papaina entro i tumori cancerosi, gli adenomi, i miomi, ecc., in modo da averli rammolliti e distrutti in quella parte che rimase imbevuta dal fermento.

XLII. *Daremberg.* « Istituzione di ospitali marittimi nei paesi meridionali per i tisici. »

L'Autore espone i principii con cui debbono erigersi gli ospitali invernali pei tisici poveri delle grandi città.

XLIII. *Delaunay.* « Delle differenze in medicina. »

L'Autore ha indagato le differenze anatomiche e fisiologiche che distinguono le razze, i sessi, le età, le complessioni, il lato destro e il sinistro, ecc., donde poi la prevalenza delle razze superiori su le inferiori del sesso maschile sul femminino, degli adulti sui fanciulli e sui vecchi, dei forti sui deboli, del lato destro sul sinistro.

Queste differenze non vi sono, o sono minime, alla nascita; crescono ogni anno fino ai 45 anni, per diminuire incominciando dai 50 anni e scomparire interamente o quasi del tutto nella vecchiaja. V' hanno così due gruppi: uno forte, l' altro debole, e questa differenza anatomica e fisiologica trae seco necessariamente, secondo il Delaunay, differenze patologiche e terapeutiche (1).

XLIV. *Fournié Edoardo.* « Funzione della tuba d'Eustachio e dei muscoli tubarj. »

In altra Memoria letta all'Accademia di medicina (marzo 1880), l'Autore, fondandosi sull' anatomia e l' esperimento fisiologico, aveva dimostrato:

---

(1) *Ann. Univ. Med.*, 1880, CCLII, 88. *Gazette des Hôpitaux*, n. 89, p. 780.

1.° Che la tuba è sempre aperta in comunicazione diretta con l'aria della faringe;

2.° Che i muscoli della tuba (peristafilino interno e esterno, fascia del faringo stafilino), servono, contraendosi, a chiudere la tuba e non ad aprirla come si crede.

Volendo rispondere a coloro che pretendono che l'apertura permanente della tuba sarebbe di danno alla membrana del timpano e in pari tempo una cattiva condizione per l'udito, a motivo del continuo penetrare delle onde sonore nell'orecchio medio per mezzo della tuba stessa, e faceva questi esperimenti.

Dapprima ha mostrato mediante cateteri, il cui diametro interno era da 1 a 4 millim., che il tic-tac d'un orologio, che si sente benissimo per la via del catetere che ha il diametro di 4 millim., non più si ode quando il diametro della siringa sia solamente d'un millimetro. Or le tube sono nelle condizioni della siringa più stretta, non avendo, per certa parte della loro lunghezza, che 1 millim. di diametro: e però i suoni che formansi entro il corpo, e i suoni della voce ed altri non sono intesi per la via della tromba.

Con altra esperienza il dott. Fournié ha mostrato con certo insieme di boccie e di tubi capillari, che il gas da illuminazione, anche sottoposto a certa pressione, non traversa un tubo capillare, se questo tubo sia chiuso in uno de' suoi capi. E poichè tale è il caso dell'orecchio medio e del condotto della tuba, l'Autore n'ha conchiuso che la tuba essendo un condotto capillare chiuso in una delle sue estremità, non v'ha ragione di temere che i movimenti espiratorii violenti possano offendere il timpano, ammettendo che la tuba sia sempre aperta.

Questa medesima esperienza serve a provare che l'aria non può scorrere entro le tube eustachiane che mercè d'una certa pressione, e questa pressione non potendo farsi che col mezzo de' muscoli tubarj, ne segue, secondo afferma il dott. Fournié, che i muscoli hanno un'azione *costrittiva* sulla tuba, e non un'azione *dilatatrice* conforme che generalmente si crede.

Egli dunque tiene ferme le conclusioni della prima Memoria.

XLV. *Toussaint.* « Vaccinazione del carbonchio. »

Riferisce i risultati delle molte vaccinazioni fatte negli ultimi giorni di luglio e sul principio d'agosto a Tolosa e a Vincennes con del virus di carbonchio privo degli *elementi figurati.* Gli animali così vaccinati non più sentono le successive inoculazioni, e se qualcuno moriva, probabilmente il motivo n'era che dal sangue non vennero tolti del tutto i suoi bacteri.

XLVI. *Nicaise.* « Delle emorragie adoprando il metodo d'Esmarch. »

L'Autore presentava una nota intorno all'ischemia provvisoria prodotta dalla fasciatura d'Esmarch e alle emorragie consecutive all'uso di essa nelle amputazioni. Per vincere anche queste emorragie propone, finita l'operazione e i vasi visibili essendo legati, d'applicare su la fe-

rita una o più spugne sopra le quali si conducono i lembi in guisa da fare una certa compressione su tutta la superficie. Quindi si sfascia.

Come la pelle abbia ripreso il suo colore naturale, si sollevano i lembi, si tolgono le spugne e se qualche vaso dà sangue ancora lo si lega.

XLVII. *Jollet.* « Del metodo grafico. »

Il dott. Laborde comunica da parte del dott. Jollet una nota circa le applicazioni di questo metodo allo studio dei veleni in medicina legale. Ei presenta una serie di *traccie grafiche* che indicano le variazioni dei battiti del cuore negli animali cui vennero amministrati diversi veleni, ciascuno dei quali presenterebbe una *traccia* speciale quasi costante. Se tanto si conferma con nuovi esperimenti, sarebbe cosa importantissima per la terapeutica innanzi tutto, poichè potrebbesi conoscere mercè di quelle linee, mancando altri indizi, la natura del veleno introdotto nel corpo; quindi anche per la medicina legale. Di fatti quando pure quantità infinitesime di veleno raccolte nel fegato non potessero essere conosciute co' procedimenti chimici, potrebbesi ancora, injettandole sotto la pelle d'una rana, scoprire la specie dalla *traccia* che se n'avrebbe, sì squisito è il reattivo fisiologico.

XLVIII. *Courty*, di Montpellier. « Nuovo pessario. »

Deve servire nella retroflessione dell'utero. È curvo nell'estremità posteriore in guisa che la concavità abbraccia ben bene il collo dell'utero. Per ottenere più agevolmente la riduzione dell'organo retroflesso, prima d'applicare il pessario, il prof. Courty raccomanda di far giacere la malata sul ventre; se nondimeno la cattiva posizione dell'utero persiste, s'introduce nella vagina un piccolo speculum di Fergusson, la donna stando allora nella posizione genu-pettorale, affinchè l'aria possa penetrare: la pressione di questa nel fondo cieco posteriore della vagina basta per ridurre la retroflessione. Il pessario con ciò è messo facilmente a posto.

XLIX. *Delacroix*, di Reims. « Traumi dell'occhio. »

Ne riferisce molti casi osservati specialmente in operaj addetti a' magazzini di vino di Champagne, e prodotti dall'esplosione della bottiglia, i cui frantumi sono lanciati contro il volto.

Queste ferite di solito di forma caratteristica, longitudinali, trasverse od oblique, rettilinee o curvilinee, lineari od in forma di lembo: hanno per carattere comune che le labbra della ferita sono così nette come se le avessero fatte il rasojo o il coltello del chirurgo. Prodotte quasi sempre da grossi frantumi, pressochè mai sono complicate da corpi estranei, cioè da particelle di vetro rimaste nell' occhio o nella ferita. Essendo il taglio così netto, le ferite hanno poca tendenza a suppurare, malgrado che di frequente vi s'inchiudano parti non piccole dell'iride e qualche volta pezzi del cristallo o della capsula.

L. *De Sinéty.* « Ulceri del collo dell' utero nella metrite cronica. »

Queste ulceri, secondo le indagini istologiche dell' Autore, comincerebbero dall' infiltrarsi d' elementi embrionali sotto gli strati epiteliali

perfettamente sani. Non formerebbero da sole tutta la malattia, essendo una delle molte manifestazioni della metrite. Guarirebbero quindi con i salassi locali, con le scarificazioni, laddove che le cauterizzazioni superficiali, quand'anche fatto con il nitrato d'argento, non farebbero che peggiorare il male.

LI. *Terrillon*. « Fistole ano-vulvari. »

Queste fistole, consecutive agli ascessi della glandula vulvo-vaginale, hanno molte varietà: spesso non hanno fine, e hanno tramiti fistolosi più o meno lunghi, irregolari, non di rado pieni di fungosità. L'Autore consiglia per rimedio il termocauterio, che ha il vantaggio di trasformarle in una piaga aperta e senza produrre veruna emorragia. Nondimeno quando la fistola sia piccolissima e di breve tragitto, può adoprarsi la legatura elastica, purchè non sia troppa la carne da tagliare. Nel caso poi che l'incisione occupasse tutto l'alto del perineo, si dovrebbe, dopo aver accuratamente rinfrescate le labbra della piaga, passare alla perineorafia.

LII. *Galliet*. « Glaucoma acuto. »

In un caso di glaucoma acuto con vivissimi dolori in persona che soffriva di reumatismi, il Galliet operava con questo processo. Dopo aver punto con una lancetta la congiuntiva 2 millim. di dietro alla cornea, penetrava a traverso la sclerotica con un tenotomo ottuso, lievemente convesso e introdotto fuori dell'orlo esterno del muscolo retto superiore. Il sentire che veniva meno la resistenza dava segno che l'operazione era compiuta; escivano quindi poche goccie di siero giallognolo. La medicatura fu la stessa di quella che si fa dopo l'operazione della cataratta.

I dolori cessavano immediatamente dopo l'operazione: il sonno ritornava e la dilatazione dell'iride diminuisce; dopo 3 o 4 giorni si toglieva la benda ed il malato era perfettamente guarito.

LIII. *Frank F.* « Temperatura cerebrale. »

Riferiva i risultati delle moltissime ricerche che ha fatto intorno alla termometria del cervello, dalle quali risulta che il *clinico non può trarre verun indizio da tale indagine*. (V. *Gazette des Hôpitaux*, 1880, n. 73, p. 580).

VIII Congresso dell'Associazione dei medici tedeschi.

L'Associazione de' medici tedeschi che conta 8200 membri divisi in 184 società locali, ha tenuto ora in Eisenach l'ottava riunione con 89 delegati; i quali nelle due adunanze hanno trattato quistioni importantissime attinenti alla professione medica.

Fra le altre deliberazioni votate per la massima parte ad unanimità

ricorderemo quella con cui l'Associazione protestava contro il progetto del Governo tedesco di sottoporre ad una tariffa gli onorarj de' medici e di obbligare questi a soddisfare alle domande delle autorità. Invece il Congresso per parte sua invitava il Governo ad opporsi gagliardamente contro la continua invasione di rimedj secreti, e a meglio regolare le attribuzioni delle levatrici, degl' infermieri, de' bagnajuoli e de' barbieri, gente tutta che si prevale della sua qualità e del suo ufficio per fare ai medici sleale e dannosa concorrenza; alla quale aprono maggiormente la via i *certificati* che equivalgono ad autorizzare l'esercizio della medicina; quando questo è retto da precise disposizioni di legge, che punto non permettono simile tolleranza.

I delegati, come contro questi certificati, hanno protestato contro la pretesa delle amministrazioni che vorrebbero arrogarsi il diritto di levare ad un medico fornito di titoli regolari la facoltà d'esercitare: tale atto è di piena pertinenza de' tribunali, e per casi previsti dal codice penale; poi quando a ciò si dovesse andare per grave mancanza ai doveri professionali, la sentenza non dovrebb'essere pronunciata che dopo un parere di Commissione incaricata di rappresentare il corpo medico.

Fu pure deliberato di esporre al Governo il voto che l'*esame di stato* si congiunga con l'esame per conseguire il titolo di DOTTORE IN MEDICINA.

Vennero biasimati e non poco que' medici che trasformano la quarta pagina di certe Riviste popolari in *gabinetti di consulti*, e sotto la rubrica di *piccola posta* tengono co' lettori di quelle Riviste una corrispondenza molto proficua per il consulente.

Circa le Casse di soccorso e di previdenza, la maggior parte dei delegati fu d'avviso che le Casse locali e provinciali raggiungono abbastanza lo scopo proposto, e perciò sembra superflua, per ora almeno, l'istituzione d'una Cassa centrale. (*Gazette médicale de Paris*, 11 sept. 1880, n. 37, p. 482).

Ecco un Congresso, soggiunge la *Gazette médicale de Paris*, che ha fatto *lavoro utile;* essa anche applaude al pensiero che medici d'un grande paese si volgano ad *une organisation regulière pour défendre eux mêmes leurs intérêts et des droits que l'administration est trop souvent portée à méconnaître.*

Non è d'uopo ricordare, poichè è fatto notissimo che in Italia non solamente abbiamo la lodata istituzione, ma che anche le principali quistioni trattate ad Eisenach vennero ampiamente discusse nei nostri giornali medici e nei parecchi Congressi dell' *Associazione medica italiana*: voti, proposte, deliberazioni dopo lunghi studj e ben elaborate relazioni, tutto e tutto si fece; e se tuttavia quelle sono per molta parte ancora *in fieri*, la colpa certo non è nostra, non potendo noi da soli metterle in pratica: pur troppo è sempre vero che dal *detto al fatto c'è un gran tratto*. Singolare è poi che in Germania si dichiari oggi

difettosa od insufficiente quella forma d'esami che a non pochi de' nostri pare tuttavia la migliore, non ricordando che gli antichi ordinamenti delle nostre Università avevano disgiunto l'*esame di libera pratica* da quello della *laurea*, e con i *dottori di collegio* provvedevano allo stesso fine che si propongono le Commissioni di membri estranei all'Università o all'insegnamento negli *esami di stato*. La vecchia istituzione abbandonata come cosa nostrale, la si vuole ora riprendere per nuova, tale gabellandola il nome forestiero; e giusto appunto quando si sta per metterla fra il ciarpame là, donde noi la vorremmo levare! Così è che la moda scaduta nella città capitale fa pompa di novella nella provincia. Se non che, e ciò farà meraviglia a molti, i Tedeschi vagheggiano ora gli esami finali riuniti quali noi abbiamo: conchiudiamo pertanto sempre essere vero che solo delle cose presenti si veggono o si sentono i difetti; quelli delle lontane, per tempo o per distanza, non si scorgono o si dimenticano.

BIBLIOGRAFIA

Sulla malattia di Dressler od emoglobino-albuminuria parossistica; per i dottori G. SILVESTRINI ed A. CONTI, Sassari 1880.

Già i lettori della Rivista hanno imparato a conoscere il pregiato lavoro monografico del prof. Murri sull'*Emoglobinuria* da *freddo*, e la patogenesi dal medesimo arguita in base a molte considerazioni sui diversi fenomeni clinici della malattia. Quella riposerebbe su due fattori: 1.° una speciale condizione degli organi ematopojetici per la quale si stabilisce una *discrasia*, caratterizzata da emazie facilmente deperibili; 2.° uno speciale stato di sovraeccitabilità ed esauribilità dei centri vasomotori, per cui essi, sotto l'impressione del freddo, cadendo in paralisi, permettono una stasi renale, e di seconda mano l'albuminuria, l'emoglobinuria.

Per quanto sottili siano le argomentazioni del Murri, per quanto singolare sia veramente il quadro clinico dell'emoglobinuria, si è visto che l'Anatomia patologica non aveva dato ancora argomenti tali da permettere la creazione di una forma speciale nosologica. Nè l'aver condotto la dimostrazione in modo da far ritenere che l'emoglobina si separi nello stesso torrente circolatorio, poteva persuadere che una lieve impressione di freddo basti a sciogliere *alcuni* globuli rossi, mentre determina un'albuminuria di discreta durata. Onde ci trovavamo di fronte a due incognite — una discrasia ed una nevrosi vasomotoria — alle quali

non si trova facile riscontro nell'immenso campo delle scienze fisiologiche e patologiche. In mancanza di meglio, noi ci accontentavamo dell'ingegnosa spiegazione; però facevamo voti affinchè gli studiosi procurassero di determinare meglio il concetto della discrasia supposta dal clinico di Bologna.

Nè andò guari che i nostri voti vennero in parte esauditi. Ai professori Silvestrini e Conti capitò di esaminare un caso, fra tutti i conosciuti il più istruttivo, il quale offrì loro la bella occasione di riconoscere l'anatomia patologica della forma già minutamente indagata dai clinici. Lo zelo ch'essi impiegarono in tale studio è veramente lodevole, ed a ragione possono vantarsi di aver fatto pei primi un po' di luce su di un soggetto così oscuro. È ben noto che su di una cinquantina di casi clinici pubblicati, non si hanno che due reperti anatomici: nel primo, di Orsi, il fegato era sano, il rene affetto da nefrite disseminata, qua disquammativa, là interstiziale; nel secondo, di Murri, il fegato era sifilitico, il rene affetto da leggiera nefrite interstiziale disseminata; in entrambi la milza non pareva grandemente alterata. Ma gioverà ricordare che il caso di Orsi durava da cinque anni, e quando il paziente morì (per sincope?) non è detto se trovavasi in un parossismo della malattia; e quel di Murri poi durava da otto anni, ma il paziente morì di tisi quando da sette mesi eravi silenzio assoluto dei fenomeni uropojetici. Evidentemente il reperto necroscopico non poteva essere molto concludente. Il caso di Silvestrini e Conti è dunque d'incontestabile importanza, e merita di venir riassunto.

G. Diez, di Ossi (prov. di Sassari) uomo robusto, senza labe gentilizia, soffrì di febbri palustri curate con chinino, e recidive assai spesso. Sembra facesse già nell'adolescenza la malattia attuale, senza causa apparente. Un giorno, sulla fine del dicembre scorso, essendo la stagione piuttosto rigida, fece una corsa da Ossi a Sassari a cavallo. La sera stessa fu colto da brivido susseguito da calore, per cui chiamò il medico, il quale gli prescrisse 60 centigr. di solfato di china da prendersi in tre volte nel seguente mattino. Così fece l'infermo, ma aveva preso appena da qualche minuto la prima dose del rimedio che ritornò intenso il brivido, accompagnato da dolore all'epigastrio, nausea e vomiti ripetuti, addolentimento ai lombi, e bisogno di emettere le orine, le quali anzichè essere del normale colore erano intensamente tinte di sangue. Tali disturbi andarono crescendo la notte e il giorno seguente: il peso stesso delle coperte riesciva molesto assai all'epigastrio e all'ipocondrio destro, la cute era diventata itterica, il vomito era frequente e bilioso: negativo l'esame degli organi toracici, aree epatica e splenica un po' aumentate, ventre leggiermente meteoritico, regioni renali alquanto addolorabili; apiressia completa. Orine scarse, di color nerastro; sedimento ocraceo; densità 1022, reazione acida. Enorme quantità di albumina e di emoglobina, sali scarsi, urea 14 grammi circa nelle 24 ore; reazione spiccata di Gmelin. Al microscopio si osservano molti

granuli di urati amorfi, enorme quantità di granulazioni che ricordano nella forma i corpuscoli rossi, ma appena 1|4 della loro grandezza e decolorati (microciti, detritus renalis). Qualche rarissima emazia. Molti stampi albuminosi e jalini fortemente pigmentati e forniti di epitelio pigmentato. Alcuni epitelj più o meno pigmentati e deformati.

La cura si limitò a qualche polverina di bicarbonato sodico; si notò un leggier miglioramento nei sintomi addominali; ma la secrezione renale andava scemando e in 4.ª giornata si sospese affatto: quindi collasso crescente, e dopo altri due giorni morte con profusi sudori; apiressia.

Gli autori fanno rilevare i due ordini di fenomeni: *a*) epatici: addolorabilità, vomito di sostanze biliose, itterizia, diminuzione dell'urea; *b*) renali: ematuria, albuminuria, cilindri di varia natura. E il loro lavoro tende a rendere responsabili i primi dei secondi, anche per quei casi che apparentemente si allontanano dall'attuale. Che esista una alterazione per lo meno funzionale del fegato non è difficile ammetterlo; le alterazioni quantitative dell'urea e dell'acido urico, l'apparizione dell'ossalato di calce sono là per attestarlo anche dove mancassero fenomeni più appariscenti (itterizia); e ammesso questo, il passaggio di materiali irritanti pei reni *potrebbe* dare il resto dei fenomeni uropojetici. Ma i risultati della sezione del Diez sono a proposito espliciti: e l'esame macroscopico, confortato dal microscopico, fece rilevare: 1.° la milza essere in preda ad un acuto e completo rammollimento; 2.° il fegato essere affetto da una forma acuta d'infiammazione lobulare disseminata, con rapida necrobiosi delle cellule, con periflebite portale, produzione di linfomi isolati ed occlusione di estremità vascolari della porta delle vene epatiche e dei condotti biliferi in rapporto coi lobuli distrutti; 3.° i reni essere affetti da nefrite tubulare disquammativa, con emorragia intratubulare, idrope della capsula di Bowman, e compressione dei glomeruli di Malpighi.

Tale reperto darebbe certamente la chiave di molte questioni sulla oscura genesi del morbo. L'interpretazione riesce singolarmente facile nel caso concreto. Nel Diez la causa che assai probabilmente aveva dannosamente agito fu la malaria; dunque la prima sede morbosa doveva essere la milza: questa realmente era tanto disorganizzata, che il sangue proveniente dalla vena splenica doveva recare alla porta, e quindi al fegato, ricco tributo di principj anormali. Questi a lora volta, ragionando per analogia, dovevano: *a*) irritare anormalmente la parete del vaso in cui scorrevano; *b*) irritare ed anche alterare le cellule epatiche da cui venivano assorbiti allo scopo funzionale depurativo. In altre parole dovevano dare necessariamente la sequela dei fatti citati — periflebite, epatite lobulare disseminata, necrobiosi di cellule epatiche, compressione ed otturamento dei condotti biliari intralobulari.

I casi di Druitt, Leber, Murri, ecc., non ammettono questo focolajo splenico, mentre è evidente la loro dipendenza dall'impressione del

freddo: e però gli autori sono forzati ad ammettere che quelli sorgessero su altre ragioni, tra cui forse non ultima l'alterata innervazione vasomotoria. Viceversa le interpretazioni di Murri non vanno per quei casi nei quali è certo che il freddo non è entrato in giuoco. Tutti i casi però si rassomigliano nell'iniziare col brivido e nel presentare dei fenomeni epatici: quindi Silvestrini e Conti concludono che « tanto se l'accesso per infezione locale del fegato si sviluppi in seguito a trasporto di sostanze infettive da altro organo, quanto se avvenga per azione del freddo o di altro, sempre però in individui offrenti lesioni del fegato, fenomeni vasomotori ed il brivido, il tremore convulsivo, la perfrigerazione, costituiscono un epifenomeno dell'accesso stesso, e quindi sono secondarj all'iniziatosi rapidissimo processo morboso causa di tutta la sindrome. »

Venendo all'emoglobinuria, i nostri autori enumerano le molteplici ipotesi più o meno scientifiche avanzate sull'argomento (per la maggior parte basate sull'idea che la separazione dell'emoglobina si fa nel torrente circolatorio) — e finiscono per dirle insostenibili davanti al reperto dieziano. Invero in questo singolarissimo caso i reni offrivano due sorta di alterazioni: *a*) glomerulari: dilatazione della capsula di Bowman, atrofia del glomerulo, dilatazione del vaso afferente, nessuna emorragia; *b*) tubulari: nei tubuli contorti disquammazione, cilindri jalini e fibrinosi, grande copia di globuli sanguigni: progredendo verso le regioni inferiori i corpuscoli sanguigni diventano più piccoli e sformati fino alla riduzione in detritus; quivi le lesioni epiteliari sono ancor più pronunciate. Ora, questi ultimi fatti spiegano perfettamente tanto l'albuminuria quanto l'emoglobinuria.

Alterata la funzione epatica, un nuovo veleno entra in circolazione, e siccome la depurazione del sangue è affidata ai reni, così questi a loro volta vengono interessati. L'eliminazione dei solidi avvenendo per la via dei tubuli, questi ne soffrono per i primi; poi i vasi stessi permettono la diapedesi delle emazie: e così tra sangue, fibrina, epitelio i tubuli finiscono per otturarsi. L'otturamento provoca arresto della secrezione acquosa del glomerulo nella parte superiore del tubulo, quindi dilatazione di questo e della capsula di Bowman, compressione ed atrofia del glomerulo. Finalmente sotto l'azione del contatto prolungato coll'orina, i globuli rossi versati nei tubuli si sciolgono. ed ecco l'emoglobinuria. Infatti le emazie versate appajono sempre più alterate mano mano che nell'esame dei tubuli si procede verso la papilla; in vescica appena si trova qualche microcito, e il loro numero sta in rapporto colla maggiore o minor durata del contatto coll'orina; così diminuiscono essi quanto più si lasci l'orina a sè.

Conclusioni: 1.° L'albuminuria non è glomerulare, ma tubulare, implicante la necrobiosi o degenerazione e distacco degli epitelj — conclusione questa che gli autori vorrebbero generalizzare. 2.° L'emoglobi-

nuria è renale, dipendente dalla presenza di uno speciale elemento dissolvente nell'orina.

Quale è questo elemento, sia che provenga dalla milza o dal fegato? Per Greenhow l'acido ossalico, per Thudicum il criptofanico, per altri gli acidi biliari. Ma nulla sa dirci di preciso la chimica animale, tranne che debba essere un acido, perchè quasi sempre le orine sono assai acide. E per intanto possiamo star contenti a questo: « la così detta emoglobinuria parossistica, sia dessa dipendente da speciali condizioni discrasiche, o derivi da freddo o da infezione palustre, si presenta con un quadro clinico, talora variabile, ma sempre costante nei principali fenomeni. E questi fenomeni dipendono in ogni caso da una materiale lesione del fegato, provocata assai probabimente dall'azione di un acido organico finora ignoto; da essa poi esordiscono nei reni lesioni secondarie del tutto simili ad un processo d'inflammazione disquammativa, processo atto a produrre albuminuria ed ematuria. La quale ultima per azione di quella particolare sostanza si cambia in emoglobinuria. La natura poi essenzialmente parossistica, per influenza forse di speciali agenti patogenici (freddo), sta in rapporto con alcune alterazioni epatiche spesso intermittenti nelle loro manifestazioni. »

Da tutto ciò si può concludere essere l'emoglobinuria una entità nosologica a se? Dal lato clinico sì, dall'anatomo-patologico no: il suo quadro anatomico rientra nelle forme svariate sì, ma pur sempre raggruppabili di epatiti parenchimatose e atrofie epatiche dovute ad avvelenamenti o a processi non peranco noti (atrofia gialla acuta, epatite parenchimatosa diffusa, febbre gialla, tifoide biliosa, subcontinua itterica, perniciosa ittero-emorragica), e contraddistinta da atrofia della cellula epatica, e iperplasia della rete connettivo-vascolare. « Epperò l'emoglobinuria va considerata come una varietà clinica di quella forma che vorremmo chiamata *Epatite parenchimale necrobiotica.* »

Giunti alla fine di quest'analisi, è lecito il dubbio se il caso Diez è davvero paragonabile agli altri già noti. Questi distinguonsi per la fugacità del fenomeno, mentre Diez offrì tutti i segni di un avvelenamento acuto: — dolori all'epigastrio intollerabili, vomiti ripetuti, itterizia, orine scarse; abbattimento progressivo; negli ultimi due giorni anuria, collasso; sudori, sopore, morte in 6.ª giornata. L'emoglobinuria non fu intermittente. Il reperto cadaverico dà fegato e reni aumentati di volume, in preda ad un processo inflammatorio iperacuto.

Il quesito pertanto dell'emoglobinuria subisce una completa trasformazione. I fenomeni suoi non sono che sintomi di una forma discrasica sì, ma infettiva; questa essendo ora più ora meno intensa può dare manifestazioni più o meno fugaci, e può anche esser tale da condurre a morte, a guisa di un avvelenamento acuto. L'incognita diventa non il processo in sè, ma la causa, il *quid* infettivo. Il trovar la malattia per lo più in soggetti che soffrirono indubbiamente d'infezioni palustre o celtica potrebbe mettere sulla via nello studio del medesimo. Intanto

però ci sembra che occorrono altri studj più accurati sia dal lato clinico che dal lato anatomico, prima di concludere sulla natura di una affezione, che, se non è così strana come pare si voglia far credere, involge diversi quesiti tuttora oscurissimi di patologia.

Dott. Conti Pietro.

VARIETÀ

Esposizione Industriale Italiana, Milano 1881. — *Programma speciale.*

Gruppo IX.

Arti liberali.

Classe 53.ª

Istrumenti chirurgici e prodotti della tecnica chirurgica.

Alla Medicina, scienza essenzialmente fisica, in una esposizione industriale può essere assegnato un posto nella classe *degli strumenti chirurgici e dei prodotti della tecnica chirurgica*, per la considerazione pratica, che nel campo della investigazione sperimentale e diagnostica cerca i proprî mezzi alla tecnica fisica e meccanica, e nel campo stesso della terapia ogni dì più si vede, che viene a preponderare il principio delle medicazioni topiche, di quelle che in certo modo hanno carattere chirurgico.

Egli è per tali riguardi, che in questa Classe 53.ª vuolsi dal Comitato sia rappresentata, *colla chirurgia,* anche la *medicina*, e siano inclusi tutti gli strumenti ed apparecchi, che i progressi della scienza medica resero necessarî per l'esercizio delle sue branche ausiliarie: la fisica medica, la fisiologia e patologia sperimentale, la propedeutica colla infinita serie dei suoi istrumenti diagnostici, la protesi, gli apparecchi di ortomorfia, la terapia diretta, le specialità tutte dell'arte medica, non escluse la dentaria, la veterinaria, la podoiatria.

L'Italia, in questa esposizione nazionale, come già in altre, non mancherà di dimostrare con indubbie prove quanto abbia a cuore il perfezionamento anche di questa industria, la quale ha per mira la pubblica salute.

Il Comitato ricorda agli Espositori come convenga sia fatta una parte alla storia ed al perfezionamento delle produzioni e delle invenzioni;

ed applica le condizioni necessarie alle esigenze della vita e della salute nelle varie abitazioni di uso pubblico e privato che l'uomo si è creato per sottrarsi all'intemperie delle stagioni e dei climi. Essa interroga la storia e la geografia per rintracciare nei popoli antichi e moderni diversi esemplari di costruzione delle loro città nei rapporti di posizione, di forma, di distribuzione degli edifici, di agglomerazione degli abitanti e sotto quello delle leggi conservatrici della pubblica salute. Esamina l'influenza delle abitazioni sul fisico e sul morale, i cangiamenti della composizione normale dell'aria, le diverse emanazioni che che si versano nell'atmosfera, l'aria viziata, gli effetti morbosi che ne derivano. A combattere le perniciose influenze ed a renderle meno infeste, l'Igiene edilizia dà i suoi precetti in rapporto alla topografia, all'idrografia, alla qualità, indole e densità della popolazione, alle costruzioni private e pubbliche, secondo le loro speciali destinazioni, case, case operaie, chiese, teatri, scuole, mercati, macelli, pozzi, condotte di acque potabili, bagni, lavatoi, cimiteri, prigioni, ospitali, ospizî, manicomî, ecc., ai diversi sistemi di fognatura e di esportazione delle immondizie. ai migliori metodi di ventilazione, di riscaldamento e di illuminazione. L'Igiene edilizia ha svolto con grande attività tutte le risorse, che le venivano somministrate dalle scienze fisiche, chimiche e meccaniche per soddisfare alle diverse esigenze della vita nelle abitazioni e proteggere gl'individui contro le molte cause d'insalubrità dipendenti dalla coabitazione. È nella Igiene edilizia che troviamo i maggiori e più ingegnosi apparecchi della tecnica igienica, specialmente applicati alla condotta e depurazione dell'acque, ai prosciugamenti del suolo, alle latrine, alla ventilazione, al riscaldamento degli edifici.

L'*Igiene industriale* e l'*Igiene rurale* si dedicano a proteggere le classi operaie e le genti campagnuole dalle mille cagioni palesi ed ignote di mortalità, di morbosità, di degradazione fisica e morale sopra di loro condensate dall'ineguaglianza delle condizioni sociali, dallo spostamento fra il capitale e la mano d'opera; tracciano le regole richieste a rendere innocuo il lavoro all'operaio, a conservarne la vita e la salute per il lavoro. L'Igiene industriale prodigò sè stessa nello studio dei varî processi delle arti metallurgiche e meccaniche, delle arti chimiche ed economiche; alle generali modificazioni morbose da queste ingenerate, contrappose una profilassi generale con molti ed ingegnosi apparecchi di ventilazione, di assorbimento o dispersione dei gas, di polverizzazione e di fusione in recipienti chiusi, con regole generali per la cubatura di aria respirabile nei luoghi di lavoro, per l'acqua potabile, per la nettezza dei locali, delle latrine, delle persone, per la separazione dei sessi, per il lavoro dei fanciulli e delle donne, per il regime di vita, educazione, istruzione e durata del lavoro; contro le perniciose influenze morbifiche d'ogni singola industria diligentemente studiate propone una ricca serie di pratiche preservative in ordine alla materia, ai luoghi, alla qualità ed ai motivi del lavoro.

Questi intenti dell'Igiene del lavoro dovranno disperdere quelle diffidenze, che facilmente si sollevano fre gl' industriali appena che le autorità sanitarie, o Società d'Igiene e cultori isolati della scienza accennino a qualche inconveniente meritevole di riforma. L' Igiene conosce e rispetta le esigenze dell'industria; sa acconciarsi alle necessità manifatturiere, sa conciliare gl' interessi sanitari della popolazione operaia e del pubblico con quelli delle grandi industrie, e solo resiste con forza e con fermezza, dove vi ha consumo di vite e sciupio di generazioni, difendendo le leggi dell' umanità e quelle ad un tempo dell' economia pubblica.

Dopo questo breve saggio della materia di due fra le varie specie di Igiene non sarà a meravigliarsi se l' Igiene riunita non solo possegga una ricchissima collezione di oggetti industriali di sua attinenza, ma possa da sola fare gli onori di una Esposizione internazionale come avvenne a Bruxelles nel 1876, dove i materiali erano divisi in dieci classi. Nè soltanto l'igiene prende parte attiva alle esposizioni universali ed alle speciali dei congressi medici ed igienici, ma ha bisogno altresì per i proprî studi, per la volgarizzazione della scienza e per maggiormente diffondere le benefiche sue applicazioni di aprire delle mostre sanitarie permanenti, ossia di fondare musei d' Igiene. Un primo ed imitabile esempio ci venne dato dall' Inghilterra, dove sono più avanzate le istituzioni sanitarie. Furono gli amici e gli ammiratori di Parkes, eminente igienista ed autore di un classico trattato d' Igiene pratica, che, volendo perpetuarne la memoria con un monumento degno di lui, fondarono il Museo che porta il suo nome; esso comprende sei sezioni di oggetti di Igiene con una biblioteca ed un laboratorio.

Facciamo qui seguire l'enumerazione dei prodotti, che, proponendosi uno scopo esclusivamente igienico, possono facilmente essere raggruppati in una Classe speciale. Per tutti gli altri oggetti, che, pure rivestendo un carattere sanitario, hanno però colla industria più intimi rapporti, non essendo possibile in una Esposizione, che si propone uno scopo precipuamente industriale, distaccarli da quelle classi in cui trovano il loro naturale collocamento, si stabilì di assegnarli alle rispettive classi contemplate dal programma. — Nell'intento però che i pregi ed il valore d'ogni oggetto avente attinenza colla salute pubblica possano essere convenientemente apprezzati anche sotto questo rapporto, i signori Espositori potranno con espressa dichiarazione, invocare il giudizio del giurì della classe 53.ª in concorso a quello della classe, sotto la quale l'oggetto stesso è compreso.

I signori Espositori coll'invio di numerosi oggetti, non solo provvederanno al loro migliore interesse, ma col contribuire alla diffusione delle cognizioni pratiche in materia d' Igiene e col dimostrare lo stato di coltura igienica del nostro paese, avranno compiuto un' opera buona e patriottica.

Alimenti.

Derrate alimentari sotto il punto di vista dell'Igiene.

Sistemi ed apparecchi di alimentazione secondo l'età e particolarmente dell'infanzia.

Istituzioni di sorveglianza annonaria.

Scuole e Convitti.

Giuochi, giocatoli, palestre e apparecchi ginnastici e di scherma, nuoto, patinaggio.

Industrie.

Apparecchi e processi di preservazione contro i pericoli delle macchine in movimento.

Apparecchi, processi e regole per sopprimere ed attenuare le cause di pericoli o di malsania agli operai od al pubblico, dipendenti da operazioni industriali o dal collocamento nei magazzini delle materie prime o fabbricate.

Apparecchi e precauzioni per preservare gli operai da vapori nocivi, polveri, liquidi corrosivi, esplosioni, dall'azione nociva del calore e della luce.

Vestiti necessari in certi mestieri.

Materie innocue da sostituirsi a sostanze dannose e venefiche nelle industrie o nelle arti.

Cimiteri.

Custodia, preparazione ed incassamento del cadavere.

Dissezione, imbalsamazione, cremazione, sepoltura.

Cimiteri, analisi del terreno, estensione.

Fosse, tumuli, arche sepolcrali, colombari, tombe, sepolcri.

Crematoi, cinerarî, ossarî, famedî: disegni, piani, apparecchi.

Inumazione ed altri mezzi di rapida distruzione o dispersione dei cadaveri di animali.

Ospedali.

Letti, suppellettili, indumenti, metodi e processi di disinfezione.

Macchine ed apparecchi per la preparazione, conservazione e distribuzione degli alimenti negli ospedali; metodi di allattamento artificiale; ghiacciaie, farmacie interne, bagni, apparecchi idroterapici, sale di elettroterapia, di pneumoterapia.

Apparecchi e mezzi di trasporto dei malati, feriti, ecc., deposito e modo di trasporto dei cadaveri.

Sale di lavoro, di lettura e di ritrovo; attrezzi ginnastici, giuochi, oggetti speciali di didattica pei ciechi, sordo-muti e rachitici.

Cliniche, gabinetti e laboratorî di anatomia, di chimica; armamentari chirurgici, biblioteche.

Innesto vaccino.

Vaccinazione con pus umanizzato; strumenti d'innesto, metodo di conservazione.

Istituti di vaccinazione animale; strumenti d'innesto, apparecchi di conservazione.

Igiene Agricola.

Igiene degli operai che lavorano nelle risale, nelle marcite ed in luoghi di malaria.

Soccorsi in casi d'improvviso pericolo di vita.

Salvataggio dei naufraghi, stazioni di salvataggio.

Soccorsi ai sommersi, agli assiderati, agli asfittici per gas deleteri, ecc.

Apparecchi per impedire gli accidenti e pei soccorsi immediati nella circolazione sulle strade e sulle ferrovie.

Posti di guardia medico-chirurgica, notturna o permanente.

Statistiche, topografie, libri.

Metereologia igienica, carte sanitarie, demografiche, ecc.

Descrizioni dei climi, del suolo, dei prodotti, delle acque, della popolazione.

Usi, costumi, malattie e mortalità di dati luoghi.

Trattati, manuali, giornali, rendiconti, regolamenti, istruzioni, ecc.

G. Pini.

Il Presid. della Commiss. speciale
G. Robecchi, deputato.

Il Presid. del Comitato
L. Maccia.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI GINECOLOGIA

del dott. LUIGI MANGIAGALLI.

CONGRESSI MEDICI ITALIANI.

CONGRESSI MEDICI STRANIERI.

BIBLIOGRAFIA.

VARIETÀ.

SESTO CONGRESSO OTTALMOLOGICO INTERNAZIONALE

tenuto in Milano dal 1.° al 4 settembre 1880

1.ª Adunanza.

Il prof. Quaglino, Presidente della Commissione ordinatrice, inaugurava il Congresso con applaudito discorso e il Sindaco di Milano rispondeva dando il ben venuto ai numerosi adunati (1).

Vennero quindi nominati per acclamazione:

Presidente Quaglino.

Vice-Presidenti: Abbate — Anagnostakis — Brettauer — Derby — Cervera — Gayet — Jacobsen — Libbrecht — Schiess-Gemûseus — Talko e Vladescu.

Segretario generale Pierd'houy.

Segretarj: Angelucci — Dantone — Dekeersmecker — Landolt — Manchè.

I. *Javal.* « Nuovo oftalmometro (2). »

Lo strumento venne costrutto da Laurent di Parigi in seguito ad esperienze fatte dallo Javal insieme col dott. Schiötz di Cristiania nel suo laboratorio d' oftalmologia alla Sorbona. Questo strumento è una modificazione pratica di quello di Helmoltz. Servendosi di tre fiamme a gaz, e fissando la lamina di vetro inferiore ed aumentando il diametro del quadrante, Javal e Schiötz possono avere triplicata l'esattezza dello strumento, ed aumentata in proporzioni enormi la rapidità del suo uso.

Colla lettura immediata delle diottrie sul quadrante essi hanno soppresso il calcolo ed il bisogno delle tavole.

Javal insiste sulla grande facilità pratica così ottenuta nella determinazione dell'astigmatismo negli operati di cataratta. In due o tre mi-

---

(1) 119 gl' inscritti. — L' Austria mandava Brettauer, Cofler, Purtscher; il Belgio Libbrecht, Dekeersmecker, Vallez; il Canadà Focher; l'Egitto Abbate; la Francia fra i molti Boucheron, Bouchut, Dor, Galezowski, Gayet, Javal, Landolt, Meyer; la Grecia Anagnostakis; la Germania Jany, Jacobson, Maier, Krüger, Stilling, Zehender, Valdauer; l' Inghilterra Manché e Derby; la Polonia Talko; la Rumenia Vladescu; la Spagna Cervera, Carreras, Ferradas e Rodolfo del Castillo; gli Stati Uniti, Loring, Thompson, Pooley; la Svezia Schiötz; la Svizzera Pflüger, Schiess-Gemüseus, e l'Italia tutti i suoi più illustri cultori dell'oculistica.

(2) V. Relazione del *Congresso dell'Associazione francese per il Congresso delle scienze* tenuto a Reims. (« Ann. Un. Med. » Vol. CCLIV p. 326).

nuti si possono determinare le lenti correttrici del loro astigmatismo, risultato tanto più utile, dacchè l'astigmatismo prodotto dall'operazione è una causa di grandi imbarazzi per i malati la cui pupilla è diventata irregolare e contiene sì sovente delle opacità provenienti da avanzi di capsule.

Schiötz presenta i risultati delle misure da esso fatte col nuovo oftalmometro.

Il dott. Dor domanda a Javal di qual metodo e di quale strumento siasi servito per le immersioni dell'occhio.

Javal gli risponde che si servì della ordinaria *cocotte*, il solito ordigno pei bagni oculari.

II. *Galezowski*. « Dell'influenza funesta della gotta e delle sifilide nelle operazioni di cataratta. »

Conclude che bisogna sottomettere gli operandi affetti di questa complicanza, tanto prima quanto dopo l'operazione, ad un trattamento interno contro la causa della malattia costituzionale, dacchè egli teme troppo d'operare un occhio di persona che si trovi sotto l'influenza delle suddette affezioni costituzionali.

Libbrecht crede che convenga far precedere una cura generale quando in questi soggetti debbasi operare la cataratta, ma che le iridectomie da lui praticate in casi di irido-coroideite cronica durante manifestazioni sifilitiche, non ebbero mai esito funesto. Landolt divide lo stesso parere; e Carreras crede anzi che quando il malato in conseguenza di una lunga cura mercuriale presenta nel suo sangue uno stato di decomposizione, sia pericolosa l'operazione della cataratta che può essere susseguita da emorragie restie all'assorbimento.

Galezowski finisce coll' ammettere che alle sue parole non bisogna dare un senso assoluto, ma che è prudente studiar sempre per bene lo stato generale prima di accingersi ad operazioni di rilievo.

III. *Martin* (di Marsiglia). « Dell'applicazione della luce azzurra combinata colla bianca nella terapia oculare. »

A questo proposito presenta degli occhiali nei quali la metà superiore di un vetro e l'inferiore dell'altro sono lievemente tinti in azzurro.

Gariel combatte questa idea dal lato fisico, giacchè raggi luminosi che passano attraverso un vetro bleu ed un vetro incoloro posti in quelle disposizioni e situati di fronte ad un sistema diottrico come quello dell'occhio, devono riunirsi in uno stesso punto, e produrre gli stessi effetti che avrebbero dato passando attraverso alle somme dei due vetri.

Martin cerca dare delle spiegazioni basandosi intieramente su osservazioni cliniche.

2.ª e 3.ª Adunanza. (2 settembre).

IV. *Landolt*. « Sulla cura delle malattie delle vie lagrimali. »

Raccomanda nella lagrimazione semplice di deostruire i canalicoli colla siringa conica aggiungendo le injezioni di borato di soda quando

vi ha anche catarro. Essendovi suppurazione, taglia il punto e canalicolo superiore e passa colla siringa N. 5 nel condotto nasale: se vi è dacrio-cistite flemmonosa, in luogo di incidere le pareti esterne vuota l'ascesso dal canal superiore sbrigliato per tutta la sua lunghezza col coltello di Stilling. Nella fistola presso a poco la stessa cura; e soltanto eccezionalmente, cessata la suppurazione, passa alla sutura.

Fieuzal per le injezioni nel canale lagrimo-nasale si serve di una siringa cava in cui si adatta un mandarino; non passa mai alla dilatazione forzata.

Abbate crede che nelle carie sifilitiche bisogna unire una cura generale, il che ben volontieri gli si accorda.

V. *Anagnostakis.* « Estrazione della cataratta mediante speciale uncino. »

Gayet non si trova propenso alla introduzione di qualunque strumento per quel tempo della operazione, e Galezowski stima che facendo un taglio a lembo la cataratta ben di leggieri trova un'uscita; ma Anagnostakis osserva che egli ha parlato dell'estrazione lineare, la quale, oggi non si può dire dimenticata.

VI. *Meyer.* « Sulla mevrotomia otti co-cigliare. »

La raccomanda nei casi di nevrosi in un occhio necessariamente, cieco, ma non quando vi ha già la presenza o si teme insorga un'ottalmia simpatica. Descrive il suo metodo in cui taglia i muscoli retto interno ed esterno. Stima l'operazione ordinariamente senza pericolo e nella maggioranza dei casi seguìta da buon esito.

Poncet può asseverare per esperienze fatte sui cani la rigenerazione dei cigliari tagliati.

Pflüger raccomanda la sostituzione della neurotomia colla nevrectomia: con questa in 12 casi ebbe ottimo successo.

De Vincentiis ricorda la storia di 4 casi nei quali ottenne risultati soddisfacenti.

Lainati dice che la cessazione dei dolori è immediata, l'insensibilità della cornea è solo parziale e cita in proposito un caso di nevrectomia ottico-cigliare operata nell'infermeria ottalmica dell'Ospitale maggiore di Milano, ed invita i membri a verificare quanto afferma.

Libbrecht racconta casi analoghi. Una volta dovette passare alla enucleazione consecutiva, un'altra ebbe grave emorragia.

Dor, a proposito ancora della enervazione opto-cigliare, dice aver visto in un caso ripristinarsi dopo un anno la sensibilità della cornea e della retina. Pensa che l'emorragia è assai frequente e grave, e quindi le indicazioni sono assai limitate.

Boucheron crede incontestabile la rigenerazione dei cigliari incisi e preferisce perciò la *nevrectomia.*

Reymond propugna l'utilità della medicatura antisettica in questa operazione per diminuirne i pericoli, ed ha pur visto cessare i dolori e ritornare la sensibilità.

VII. *Secondi.* « Relazione di 19 casi di distacco retinico trattato con cura chirurgica e medica. »

Ebbe risultati differenti, ma in un malato, che egli presenta all'assemblea, già affetto da vasto distacco, ottenne completa guarigione colla *idiodictiotomia*.

Qui s'impegna una discussione sul distacco ed il sollevamento retinico fra Galezowski, Meyer e Poncet.

VIII. *Stilling.* « Preparazioni dimostranti la parziale decussazione delle fibre nervose nel chiasma ed una radice dell'ottico che discende a lato del Varolio fino al midollo. »

IX. *Boucheron.* « Sulla cura dello strabismo intermittente mediante le istillazioni del collirio atropinico. »

Alla discussione prende parte Javal e Pierd'houy, il quale da un anno instilla, con buonissimo risultato, il midriatico per molti giorni subito dopo le operazioni di grave strabismo convergente.

X. *Bouchut.* « Caso di vertigine auricolare seguita da neuro-retinite emorragica. »

All'otorrea tenne dietro amaurosi completa, l'autossia dimostrò un glioma nel 4.° ventricolo comprimente l'origine degli auditivi ed ottici.

Poncet domanda se il glioma non fosse per avventura coincidenza, e Bouchut risponde credere possibile anche questo, ma pensarla egli differentemente.

X. *Kostomyris.* « Nuova operazione sulle palpebre per la cura della trichiasi. »

Eseguisce sul cadavere l'operazione ed assicura potersi così durevolmente guarire la trichiasi qualunque ne sia il grado, complicata anche da leggier lagoftalmo. La stessa operazione aveva egli fatta sul vivo nella sala ottalmica dell'Ospedale Maggiore il giorno prima, presenti alcuni dei membri del Congresso, e fra gli altri Lainati direttore della sala, Quaglino, Gayet e Nicolini.

Finita l'operazione dà lettura di dettagliato lavoro esplicativo di detta operazione.

XI. *Poncet de Cluny.* « Esposizione istologica sull'anatomia patologica e sulla istologia del pterigio. »

Esclusa l'ulcerazione primitiva al limbo, descritta da Arlt e da Horner, bisogna ricercare un'altra causa del processo lento e diuturno del pterigio. L'Autore ha confermato su preparazioni che comprendono la mucosa e la cornea, la presenza di un'ulcera vibrionale occupante tutta la porzione assente della membrana di Bowmann. Questi microbi, a piccole spore, s'infiltrano nella rete linfatica sottomucosa e penetrano poco per volta nei canalicoli del sacco della cornea, in triangolo, come viene dalla loro anatomica disposizione indicato. La trasformazione colloide dell'epitelio congiuntivale, le inclusioni cistiche a rivestimento epiteliare cubico, la sclerosi del tessuto connettivo; tali sono le circostanze principali da notarsi.

XII. *Morano.* « Sull'origine e formazione delle granulazioni. »
Aggiunge dettagli struttura istologica.

XIII. *De Luca.* « Caso di cataratta capsulare posteriore, secondaria. »
Caso importante: la cataratta sopraggiungeva ad una signora da lui operata di cataratta lenticolare.

Questa lettura dà occasione ad una bella esposizione istologica intorno al substrato ed al modo di formazione delle cataratte secondarie, per opera dei signori Poncet, Manfredi, Libbrecht e Gayet.

Manfredi ricorda i lavori di Müller e segnala i risultati cui egli giunse dopo una serie di esperienze. La semplice contusione (tuttavolta non affermerebbe egli l'assenza di continuità nella capsula) basta per la formazione sotto capsulare di un essudato che si organizza in lamelle, assolutamente identico alla cornea. Nelle lussazioni antiche del cristallino senza lesione della capsula, egli non ha mai trovato cataratta capsulare; e perciò egli tenderebbe ad ammettere il trauma della membrana come condizione di queste cataratte. Nelle iriti antiche con sinechie, la faccia anteriore della capsula è ricoperta da questo tessuto congiuntivale di essudazione; ma i tubi del cristallino non prendono parte al processo.

XIV. *Guaita.* « Di una nuova cura della congiuntivite purulenta e della blenorragica. »

È una modificazione di quella di Critchett. Cioè, invece di spaccare in due nel suo bel mezzo la palpebra superiore, come fece l'ottalmologo inglese, egli fa sulle palpebre due incisioni verticali come per l'operazione di Crampton e questo per mantenere, senza inciampi, costantemente pulito l'occhio dalla marcia.

Vladescu non trova doversi abbandonare il metodo classico che dà ancora sì buoni risultati: nei casi dove sia molta gonfiezza palpebrale stima sufficiente l'incisione dell'angolo esterno.

Guaita ripete che il metodo da lui propugnato in casi molto gravi gli diede splendidi risultati avendo ottenuto, su 7 malati 6 guarigioni.

Del Monte appoggia Vladescu e distingue nelle forme purulenti due modalità — nell'una i caratteri infiammatori sono ben definiti: in questi casi basta la deplezione vascolare mediante l'incisione della commissura esterna prima e poi le cauterizzazioni: nell'altro le note della flogosi non si presentano con caratteri spiccati; la secrezione è piuttosto sierosa che purulenta — in questi casi trova urgente attivare l'attività fisio-patologica coll'applicazione di cataplasmi caldi. Quando la purulenza siasi stabilita passa alle cauterizzazioni.

Landolt risponde a Vladescu che Critchett ha esteso il suo metodo e se ne trova assai soddisfatto.

Pflüger infine dice non trova necessario passare sempre ad un metodo sì energico: col metodo antisettico e col ghiaccio ha sempre ottenuto buoni risultati.

XV. *Fieuzal.* « Dell'ottalmoscopia nella diagnosi di tumor cerebrale. » In un ragazzo, sette mesi prima che morisse, il dott. Fieuzal di Parigi aveva potuto avvertire coll'ottalmoscopio le note di una neuroretinite essudativa, di tal natura, che avrebbe fatto credere alla esistenza di una nefrite albuminurica, ove l'esame delle orine non fosse stato negativo. Più tardi la neurite, con strozzamento della papilla, il nistagmo dei bulbi visivi e il passo incerto manifestatisi nel ragazzo, insieme con altri sintomi, avevano permesso a Fieuzal di porre la diagnosi di tumor cerebrale e di localizzarlo al pavimento del 4.° ventricolo, con compressione del peduncolo cerebrale sinistro.

L'autopsia confermò pienamente questa diagnosi.

Dall'osservazione si deduce che, per quanto eccellente mezzo sia l'ottalmoscopio nel rilevare le alterazioni anatomiche del fondo dell'occhi, le quali hanno punto di partenza da affezioni cerebrali, tuttavolta è necessario attendere alle lesioni funzionali, perchè meno incerta sia la diagnosi della natura e della sede del male primitivo.

XVI. *Abbate.* « Diversi preparati anatomici di occhi appartenenti a negri dell'Abissinia. »

XVII. *Talko* (di Varsavia). « Dei lipomi diffusi delle palpebre superiori. »

Discorrendo in particolare di un caso a lui occorso, or non è molto, fa notare come, mentre gli autori s'accordano nel localizzare la sede di quei tumori esclusivamente sulla parte anteriore della cartilagine tarso, ad una certa lontananza dal margine ciliare, nel suo caso il tumore era vicinissimo al margine superiore della cartilagine stessa, non in comunicazione col tessuto adiposo dell'orbita, ma sulla superficie stessa del muscolo orbicolare. Pare all'Autore degna di nota la coincidenza della proliferazione, quale qui si aveva, nelle due palpebre superiori.

Dice in seguito di cisti sierose congenite dell'orbita, al di sotto della palpebra inferiore, coincidenti con microftalmia e coloboma incompleto inferiore dell'iride, da lui osservate in un bambino cieco, di 9 mesi.

Il dott. Talko possiede intorno a ques' argomento 7 osservazioni, le quali lo autorizzano a ritenere essere sempre concomitante la microftalmia con tali cisti, sviluppatesi nella vita intrauterina, le quali hanno un contenuto sieroso, ricco di albumina, spesso anche misto con sangue, ponno svilupparsi in modo rapido e fuor di misura e sono causa della atrofia primitiva del bulbo.

Il Gayet di Lione, a questo proposito cita la tesi sostenuta da uno de' suoi scolari, il quale, dopo uno studio istologico, annoda la genesi di quelle produzioni collo sviluppo bronchiale.

Il dottor Talko, dopo aver anche trattato intorno l'ipotesi dell'inclusione cistica lagrimale, dà termine nella sua lettura, narrando dello sviluppo anormale di ciglia sulla superficie congiuntivale delle palpebre,

da lui osservato in un caso e pone il quesito intorno alla loro origine, se acquisito o congenito, e alle cause probabili.

XVIII. *Martin* (di Cognac). « Della cauterizzazione ignea delle ulcere della cornea. »

Dopo molti sperimenti, conchiude d'aver ottenuto sempre risultati assai soddisfacenti. Egli opina che i benefici effetti del ferro rosso debbano in casi di ulcere corneali ripetersi dalla diminuzione della tensione interna, che ne deriva al bulbo, ancor quando la cornea non venga perforata. A questo avviso l'ha condotto l'osservazione clinica. Una sola cauterizzazione basta per ulcere di piccole dimensioni: se di maggiori, si ripete: quando tenda a diffondersi, si cauterizzi anche più profondamente e non si periti pure a perforare la cornea.

Del Monte, di Napoli, non crede alla prestanza di quel mezzo curativo, ancor più perchè l'iride potrebbe venirne offesa; preferisce l'antico metodo dell'incisione dell'ulcera, attissima a scemare l'interna pressione dell'occhio e a calmare il dolore sopraorbitale. Di questo atto curativo, insieme coi soliti mezzi, ei se ne giova con profitto e nelle ulcere superficiali della cornea e nelle profonde e nell'ipopio-cheratite, a decorso torpido.

Il dott. Scellingo, di Roma, usa, nel trattamento delle ulcere della cornea, combinare insieme l'incisione di questa colle ripetute instillazioni del collirio di eserina.

Il prof. Gradenigo, di Padova, loda pure il processo della cauterizzazione ignea, con che ha potuto varie volte guarire ulcere ed ascessi della cornea, che indarno erano stati curati colla incisione, gli epitemi tiepidi, l'eserina, ecc., ecc. Gli ammalati s'adattano facilmente alle cauterizzazioni, a cui s'accompagna e segue poco o nessun dolore, quasi nessuna reazione e deformità lieve. Osserva però che non conviene volgersi ad esso nei casi più miti, i quali sono anche i più comuni, ma doversi ponderar bene la indicazione.

Il dott. Cadei, di Brescia, incoraggiato del felice esito ottenuto in un primo caso di grave ipopio-cheratite, s'è valso con assai vantaggio della cauterizzazione ignea in altri casi anche meno gravi e il metodo afferma essergli pur riuscito nella cura di due casi di cheratocono. Nè men sicuro vantaggio ha ottenuto nelle piccole ulcere scrofolose dei bambini.

Il dott. Martini, di Roma, s'accosta al modo di vedere di Del Monte; pure in un caso di cheratoglobo dice di aver ottenuto un soddisfacente risultato.

Gayet, che tra i primi studiò lungamente la questione, senza ritenere che il ferro rosso sia il massimo rimedio per tutti i mali della cornea, lo stima tuttavia un mezzo eccellente in certe affezioni. Fu egli che propose il ferro rosso per la cura di quelle ulcere a decorso lentissimo, mantenute tali da precedenti morbosi che ognun sa, come attissimo mezzo a distruggerne le cause, massime se di natura infettiva. Riconosce che le indicazioni debbono essere ben precisate.

Del Monte chiude la discussione sull'argomento osservando che anche l'uso della eserina deve essere limitato, comechè non a tutte le ulcere corneali convenga, massime allorquando l'iride ha gran parte nel processo morboso.

XIX. *Dor* (di Lione). « Estrazione di cataratta doppia in un ragazzo di sette anni, cieco dalla nascita. »

Operò prima in un occhio, poi nell'altro, con intervallo di un anno, e però potè studiare gli effetti dell'educazione cerebrale sul senso visivo di ciascun occhio. Operato da un occhio, il ragazzo classificava ogni oggetto circostante dal nome di tre giocatoli, che ordinariamente teneva prima fra le mani; giudicava per un gatto un gran cavallo di legno, riconosceva la fragola dall'odore, non aveva nozione di distanza, ecc. Operato dell'altro occhio e da questo solo esperimentato, fu veduto il ragazzo giudicare non altrimenti, che dell'altro operato un anno innanzi. Ciò mostrerebbe in modo indubbio l'influenza del lavoro cerebrale sullo sviluppo del senso visivo.

Martin, di Marsiglia, narra ch'egli ha già pubblicato un caso di doppia cataratta operata in un coscritto, che i parenti avevan conservato cieco, perchè fosse esonerato dal servizio militare. Occorsero 45 giorni per lo sviluppo del senso dei colori; due anni dopo era completa la trasformazione del paziente.

Vladescu, di Bukarest, desidera, e Dor concede, che venga la denominazione « *cieco dalla nascita* » mutata in quella di « *cieco per cataratta congenita* » comechè potrebbesi intendere che il soggetto fosse nato con occhio caotico o con arresto di sviluppo del nervo ottico.

XX, *Loring*, di New-Jork. « Istrumento per misurare direttamente le curvature della cornea. »

È un disco, che porta delle piccole superfici semisferiche di vetro, designate, a norma dei loro raggi di curvatura, coi numeri 6, 7, 7 1|2, 7 3|4, 8. Perchè le immagini riflesse sono proporzionali ai raggi di curvatura, usando convenientemente a buona illuminazione, si cerca nel disco la superficie che dà un'immagine della stessa dimensione di quella data dalla cornea, di cui così resta conosciuto il raggio di curvatura con moltissima approssimazione al vero.

Javal crede questo strumento comodo e relativamente preciso, non atto però a determinare l'astigmatismo.

Landolt tuttavolta servesi nella sua clinica di un metodo analogo a quello di Loring per valutare l'astigmatismo stesso.

XXI. *Loring*. « Nuovo ottalmoscopio. »

Ne presenta il modello assai elegante e perfetto: il sistema di lenti combinate dà la determinazione delle mezze diottrie.

XXII. *Pierd'houy*, di Milano. « Del senso dei colori.

Avendo fatto le sue indagini in 900 pazzi del Manicomio provinciale di Mombello, non ha trovato un solo caso di acromatopsia, la quale, per ciò che spetta ai soggetti da lui presi in esame, giudica dipendere

da mancante o deficiente educazione sulle differenze di tinte dei colori. Ha pure ricercato lo stato delle pupille e del fondo dell'occhio in affetti da frenosi epilettica, da frenosi paralitica, da idiozia e cretinesimo.

XXIII *Landolt*. « Esame dell'acutezza visiva e del senso de' colori negli impiegati delle ferrovie e della marina. »

Il dott. Landolt espone com'egli abbia avuto l'incarico dai professori Donders e Quaglino di interpellare l'attuale congresso, perchè si pronunci su due proposte fatte a New-Port e a Cambridge, della istituzione cioè di commissarii internazionali o nazionali, che giudichino dell'acutezza visiva e del senso dei colori negli impiegati delle ferrovie e della marina, innanzi di essere ammessi al servizio stesso. Il Congresso, dopo animata discussione, dà l'incarico alla Presidenza per una speciale proposta, di cui il dottor Landolt viene designato relatore.

E lo stesso dott. Landolt nell'adunanza pomeridiana leggeva la seguente proposta:

« Il VI Congresso internazionale di Ottalmologia emette il voto, che « dai singoli governi venga nominata una Commissione internazionale, « la quale stabilisca un comune regolamento per l'esame della acutezza « visiva e del senso acromatico negli impiegati di ferrovia e di ma« rina: che in tutti i paesi le persone designate a distinguere segnali, « sia in terra che in mare, sieno obbligati a subire questo esame al loro « ingresso nel servizio, e durante il servizio stesso ad intervalli rego« lari: che la stessa Commissione sia incaricata di stabilire un sistema « uniforme di segnali. »

La proposta è accettata dalla adunanza alla unanimità.

XXIV. *Pflüger*, di Berna. « Del polariscopio e del cromatoptometro di Rose. »

Ei si serve di questi strumenti per esaminare in modo esatto la sensibilità quantitativa del centro della retina per la luce omogenea e fa notare la differenza d'angolo da lui rintracciata, allorquando la persona esaminata distingueva bene un determinato colore.

XXV. *Dor*. « Teoria sul daltonismo. »

Egli ha trovato due specie di *daltonici*: gli uni ciechi per il rosso e il verde; gli altri, molto più rari, per il bleu ed il giallo. Lo spettro è molto variabile per entrambe le specie; talora normale, tal'altra più breve.

Dor crede insufficiente il metodo di Holmgren colle prove di lana e lo dimostra. Fin dal 1859, mediante vetri colorati (rosso per la mancanza del rosso, ecc.,) egli corregge i daltonici, senza pretendere di ottenere perciò una guarigione, come hanno creduto di preconizzare nel 1878 Delboeuf e Spring.

Quanto alla causa del daltonismo, accetta la teoria di Golk, che localizza l'impressione del colore nel cervello e crede il daltonismo stesso derivante da una affezione centrale.

Quaglino stabilisce il fatto che l'occhio percepisce i colori e il cer-

vello giudica, in prova di che cita osservazioni, nelle quali il daltonismo sopravvenne in seguito di lesioni cerebrali.

Galezowski, che primo fermò l'attenzione degli ottalmologi intorno la necessità dell'esame del senso cromatico, ha, in un suo lavoro intorno la diagnosi delle malattie degli occhi per mezzo della cromatopsia retinica, adottata una scala di colori e 4 gamme, differenti per ogni colore, scelte nei cerchi cromatici di Chevreuil. In seguito fece costrurre una specie di cromatometro, che serve a far passare dinanzi lo sguardo, movendo una vite, i colori dello spettro visti per trasparenza. Stima che anche la retina sia deputata alla visione dei colori, e che i coni sieno appunto gli organi cromatici. L'Autore cerca di dimostrare una teoria, da lui già emessa e dà una statistica, la quale mostrerebbe che i disturbi visivi circa i colori sono in ragione del 50 0[0 in confronto con quelli che succedono alle malattie oculari o generali.

Landolt, conferma le idee di Dor e con Dor crede che il daltonico per il rosso lo sia anche pel verde.

Albini, di Napoli, fa notare il nuovo fatto, dimostrabile coll'esperimento, che i diversi colori oggettivi scolorano differentemente la retina, facendole prendere diverse gradazioni fra il suo color rosso primitivo ed il bianchiccio, che è proprio della retina del cadavere. Dietro ogni colore oggettivo esterno corrisponde quindi un colore obbiettivo retinico. Perciò parrebbe ancor più impugnabile la nota teoria di Young, basata tutta su l'ipotetica esistenza di tre specie di elementi retinici pei tre colori principali. Da ultimo Albini fa le sue riserve sui dati statistici di Galezowski intorno il daltonismo, parendogli che questi non abbia tenuto abbastanza conto del grado comparativo di intelligenza degli individui esaminati.

Stilling, di Strasburgo, presenta l'*Atlante* da lui stampato per la diagnosi del daltonismo e dà un giudizio succinto intorno i risultati degli altri metodi di esplorazione del senso cromatico. Dimostrato come esponga soventi ad errori il metodo delle ombre di contrasto, spiega il principio, che l'ha guidato a costrurre le sue tavole, nelle quali sono le serie di colori come son visti dai daltonici e stima infine che non dei coni e bastoncini, ma si dei grani è la proprietà di percepire la luce. Poi si sofferma l'oratore a dimostrare la necessità delle prove molteplici nell'esame dei colori e, quanto a ciò che spetta al personale di servizio sulle strade di ferro, opportuna cosa stima che il medico si limiti a constatare il fatto morboso.

Reymond, di Torino, avvisa una difficoltà abbastanza seria, che è occorsa a lui, quando in gran numero di volte ha fatto l'esame dei colori in individui affetti da alcoolismo. In questi il daltonismo si limita allo scotoma; l'esame del resto è bugiardo si per le prove grandi, che son vedute, si per le piccole, che son percepite alla lor volta della parte periferica della retina. Anche l'esame perimetrico non è sicuro: s'aggiunga che molti alcoolisti, a gran luce e tosto dopo che hanno bevuto, non hanno manifestato scotoma.

De Keersmaecker osserva che per l'esame dei colori bisogna tener conto di alcune condizioni non abbastanza calcolate. Praticatamente parlando, la quantità di luce percepita può fino a un certo punto soccorrere alla percezione qualitativa. Occorrerebbe quindi che l'esame si facesse con vetri illuminati, non colle lane, che sono affatto insufficienti, massime quando il daltonismo è aquisito. Inoltre gran riguardo bisogna avere circa la prontezza maggiore o minore con che gli individui, per differenti cagioni, giungono a distinguere i varii colori.

Carreras, dice che in Ispagna il Congresso medico di Cadice, appoggiato ai suoi lavori, ha esposta la questione al governo. Crede cosa necessaria che l'esame dei colori venga esteso anche agli scolari e ai coscritti.

Ricchi, medico-ispettore centrale delle ferrovie meridionali parla dell'esame, che egli ha metodicamente intrapreso intorno la acutezza visiva e la percezione dei colori sul personale di servizio affidato alle sue cure.

XXVI. *Pflüger*, di Berna. « Effetti dell'allacciatura dei nervi ottici. »

Il dott. Pflüger presenta al Congresso due conigli, nei quali furon legati i nervi ottici di destra, in uno un anno fa, nell'altro dieci mesi or sono. L'ottalmoscopio dà le note dell'atrofia completa della retina e della papilla e rivela la mancanza totale delle fibre nervose a doppio contorno, le quali si dispiegano, come si sa, nel coniglio, sul meridiano orizzontale. In uno dei casi è degna di nota la anastomosi, prima della legatura certo non esistente, tra i vasi della retina e quelli della coroidea.

La legatura era stata fatta da un antico assistente di Pflüger, il dottor Russi, il quale aveva pur dipinto gran numero di disegni ottalmoscopici illustrativi, cui pure Pflüger presenta.

XXVII. *Pflüger*. « Delle oscillazioni artificiali della tensione intraoculare nello stato fisiologico. »

Esperimentò l'anzidetta tensione nel coniglio, la mercè di un manometro a tubo capillare, prima non curarizzando l'animale. Fu suo intento decidere la controversia se l'atropina e l'eserina aumentino o diminuiscano la pressione interna del bulbo.

Dagli sperimenti risultò quasi sempre, nello stato fisiologico, una diminuzione di pressione dopo la instillazione di atropina, non mai in aumento: un aumento al contrario colla eserina, nella pluralità dei casi, non mai una diminuzione. Pflüger attestò anche un'altra serie di sperimenti per provare l'influenza favorevole, che hanno le correnti costanti in certi processi infiammatorii, ne dà la descrizione e invita i colleghi a tentare nuove ricerche.

XXVIII. *Pellorelli* (di Piacenza). « La nitro-atropina e la nitro-daturina. »

Egli ha sperimentato le due sostanze su gli occhi di diversi animali e su quelli dell'uomo: ha ottenuto effetti midriatici pari a quelli che dà

la atropina. Importante a sapersi, massime per la medicina forense, segna il fatto che la nitro-atropina rinviensi anche in animale putrefatto, mentre ciò non accade della atropina.

6.ª e 7.ª Adunanza. (4 settembre 1880).

XXIX. *Mazza* (di Genova). « Siringhe cave per la cura della fistola lagrimale, capillare, di natura cronica. »

Egli spacca il punto e il canalicolo lagrimale inferiore: introduce quindi nel condotto nasale una piccola cannula, che superiormente termina ad infundibolo per raccogliere le lagrime. Un lungo mandarino, che all'altro estremo porta un' altra cannula, serve di guida: la disposizione dell'infundibolo indica quale delle due cannule serve per il destro, quale per il sinistro lato. Tolto così il contatto delle lagrime, i margini della fistola sono in condizione di chiudersi. In soli cinque giorni ha così potuto l'Autore ottenere la guarigione in un caso, nel quale indarno si erano sperimentati i soliti mezzi.

XXX. *Landolt*. « Blefarostato modificato. »

Gli uncini son rivolti indentro tra le palpebre e il bulbo e i traversi orizzontali stanno infuori, nell'intento di togliere la pressione che questi esercitano sul bulbo stesso.

XXXI. *Musumeci* (di Messina). « Raro caso di esoftalmo. »

Escluse le cause più comuni, l'Autore ammette come più probabile elemento genetico una brusca infiammazione della capsula di Thénon, con essudato. Ottenne la guarigione con trattamento antiflogistico in otto giorni.

XXXII. *Businelli* (di Roma). « Processo speciale di blefaroplastica. »

Vale a correggere con buon successo, come appare delle storie cliniche illustrative, certi casi di ectropio cicatriziale con lagoftalmo. I lettori potranno trovarne estese notizie nei Rendiconti degli *Atti dell'Associazione Ottalmologica Italiana* (pubblicazione degli *Annali di Ottalmologia*), riunione di Napoli 1879).

Il dott. Scellingo (di Roma) coglie l'occasione per rivendicare un modo speciale di plastica palpebrale, diretto a riparare in un sol tempo alle deformità di ambo le palpebre di un istesso occhio. Il metodo si fa con un lembo cutaneo tolto alla regione delle gote o della fronte; Scellingo ha esperimentato con buon successo il lembo frontale in un caso di epitelioma che interessava una parte così della palpebra superiore, che della inferiore e il lembo genale in un caso di ectropio cicatriziale, consecutivo ad una risipola flemmonosa della palpebra inferiore stessa.

Il dott. Vitali (di Bari) ammira i trovati moltiformi dell'ingegno, che tutto tenta per soccorrere alle lesioni palpebrali più o meno gravi, organiche; stima da parte sua però che i trapianti od innesti cutanei, presi da parti lontane, sostituiranno i lembi presi nelle vicinanze dell'occhio, i quali solo rimarranno come mezzi di riparazione alle perdite della palpebra inferiore. L'oratore ha fatto un gran numero di in-

nesti di pezzi di cute presi dal braccio, varianti nelle singole dimensioni dai centim. 3 a 2 al 1|2. Una volta sola ebbe la perdita del'pezzo trapiantato. La mobilità dalla palpebra acquistata fu sempre, in vario grado, minore della normale, per il che conviene resti un lieve lagoftalmo, se l'individuo ha da vedere con non soverchio imbarazzo. Il dott. Vitali non fissa con punti l'innesto: a lui preme che i margini del trapianto, tolto al braccio di solito, tocchino quelli della cute cruentata delle palpebre. — Utile avviso è di cercare se attorno all'innesto non sia per avventura tessuto cicatriziale poco atto a nutrire il trapianto. La medicatura consecutiva è semplice e consiste nell'applicazione di tela e cotone fenicati, e di un bendaggio binoculare inamovibile. Dopo tre dì, Vitali scopre l'innesto, premettendo però un bagno caldo di mezz'ora: se trova il tessuto mortificato, di nuovo cruenta la cute e vi adatta altro innesto.

L'Autore è del parere che l'efficacia s'ottiene colla pertinacia, e ricorda l'adagio: innesta, innesta e qualche cosa resta.

Il dott. Martin (di Bordeaux) appoggia l'esposizione fatta da Vitali, ricordando casi clinici, nei quali innesti dermici e parti lontane gli riuscirono di assai felice risultato.

Il dott. Angelucci (di Roma) contraddice la possibilità di simili risultati, non clinicamente parlando, ma in ordine a cognizioni di fisiopatologia.

XXXIII. *Businelli*. « Dei benefici effetti delle pennellature di cloralio nella congiuntivite difterica. »

Adopera una soluzione di idrato di cloralio nelle proporzioni di 1 p. 100, 1 p. 50, 1 p. 30 in acqua distillata.

Il suggerimento gli venne dal suo assistente dott. Bonagente.

XXXIV. *Vladescu* (di Bukarest). « Sulle cause della ambliopia in Bulgaria. »

Dieci anni di osservazioni gli han permesso di dare, in ordine alle cause, questi numeri: miasma palustre, 85; anemia, 58; nicotinismo, abuso di alcoolici, 21; vizi di refrazione, 15. L'oratore parla in seguito degli eccellenti vantaggi da lui ottenuti colle doccie fredde generali, dirette nell'intento di correggere la fotofobia e il blefarospasmo.

XXXV. *Carreras Arago* (di Barcellona). « Scale metrico-decimali per misurare l'acutezza visiva e riconoscere insieme l'astigmatismo. »

È lavoro già stampato che l'Autore presentava al Congresso. Tra le lettere disposte come fece Monoyer, egli ne intercalò delle altre, fatte con linee parallele, dirette nel senso dei quattro principali meridiani; sicchè si possa determinare nello stesso tempo l'acutezza visiva e uno astigmatismo possibilmente presente. Per misurare il quale poi sono disposte in altra tavola delle linee nel senso di tutti i meridiani della cornea.

XXXVI. *Carreras Arago*. « Esostosi eburnea del frontale e dell'orbita. »

L'Autore presenta il pezzo patologico. L'esostosi penetrava fino nella cavità cranica, assumendo proporzioni enormi.

Ripete le genesi del tumore da un trauma all'angolo esterno del frontale: crescendo, spinse fuor dell'orbita il bulbo nella cavità cranica fin verso la metà della sella turcica. Il paziente, che fu soggetto di quest'osservazione, negli ultimi giorni di vita, fu preso da violente scosse epilettiche e finì in uno stato di assopimento con perdita della coscienza, come per rammollimento cerebrale.

L'oratore comunica infine un caso di persistenza dell'arteria jaloidea, staccata nella sua parte anteriore e con manifestazione di cataratta corticale posteriore limitata. L'attacco anteriore s'era staccato molto probabilmente in seguito a un trauma o a una forte scossa sofferta dall'occhio, per cui la paziente s'era accorta tardi di qualche cosa che si moveva nel suo occhio « come un serpentello, » e che da un medico era stato giudicato un cisticerco.

Il dott. Costomyris avverte d'aver avuto un caso analogo nella sua pratica.

Gariel (di Parigi) descrive modelli per rendere evidente il decorso dei raggi luminosi nell'occhio. »

Con simile mezzo vengono anche sperimentalmente studiati gli effetti della refrazione statica e dinamica nell'occhio. Questi modelli vennero fatti costruire dal Gariel in servizio specialmente degli scolari.

XXXVII. *Angelucci* (di Roma). « Studi istologici su i trapianti corneali. »

Conchiude che questi trapiantamenti non avranno mai una pratica applicazione, perchè ha sempre visto la cornea opacarsi in seguito alla cicatrizzazione, che partiva dai margini della ferita.

XXXVIII e XXXIX. *Del Castillo* (di Cordova). « Sui corpi stranieri della cornea e della congiuntiva: due casi di anopsia con integrità cerebrale. »

Un bambino di due mesi presentava le palpebre poco sviluppate, debole l'azione dell'orbicolare, nulla la secrezione delle lagrime, mancanza dei bulbi; e una ragazzina di cinque anni aveva, al posto di questi, una massa di tessuto cellulare, sferica, regolare. Esistevano i punti lagrimali e la secrezione delle lagrime.

XL. *Rampoldi* (di Pavia). « Storia clinica di un cisticerco retro-retinico. »

Venne dimostrato alla sezione del bulbo, che si dovette enucleare per fenomeni glaucomatosi e minaccia di affezione simpatica. Il caso venne osservato nella Clinica del prof. Quaglino, e parve degno di nota 1.° per la rarità dell'affezione presso noi; 2.° per la contemporanea presenza della *taenia solium* negl'intestini del paziente; 3.° per la mancanza di movimenti nel cisticerco, il quale aveva generato un distacco di retina, geometricamente rotondo, nella regione della macula lutea; 4.° per la dimostrazione anatomica del cisticerco stesso e delle alterazioni con-

secutive della retina; 5.° infine pei fenomen secondari di glaucoma e la minaccia di una affezione simpatica.

L'oratore aggiunge alcuni reperti oftalmoscopici e anatomici, da lui rintracciati in casi di grave anemia, la quale parve essenzialmente dovuta alla presenza di gran numero di anchilostomi nelle vie digerenti. Trovò l'imbiancamento e l'edema della retina: in un caso una vera retinite essudativa. Al microscopio, sezionando un bulbo, l'infiltrazione linfoide tra la retina e la coroidea.

XLI. *Maurel*, medico della Marina a Cherbourg. « Siringhe graduate secondo il sistema metrico (1) per il cateterismo delle vie lagrimali. »

Sono esse accompagnate da una lamina di metallo, in cui sono fori graduati per le filiere delle siringhe, per intendere tosto la serie a cui una data sonda appartiene.

XLII. *Ferradas* (di Madrid). Degli accidenti oculari, osservati nei pellagrosi. »

Figurano tra questi accidenti l'eczema, la risipola delle palpebre, la congiuntivite catarrale, la purulenta, la cherato-congiuntivite, così detta pellagrosa, l'ascesso della cornea, l'immobilità dell'iride, la diminuzione dalla acutezza visiva, la miopia. La sclero-coroideite posteriore, l'iperemia della coroidea, l'atrofia retino-coroideale, l'anemia e l'edema della retina: la retinite pigmentosa.

XLIII. *Del Monte* (di Napoli). « Reperti anatomici in un occhio, da 8 anni affetto da glaucoma semplice. »

Si trovò un ispessimento dell'iride, non per neoformazione del tessuto, ma per divaricamento delle maglie iridee; inspessimento del corpo ciliare, per infiltramento del tessuto, non per processo infiammatorio, allungamento del legamento pettinato. Notevole l'escavazione del nervo. Crede Del Monte che ciò venga in conferma di una opinione, già da lui emessa nel 1877, che il glaucoma debba cioè considerarsi come un edema linfatico del Virchow. Il glaucoma infiammatorio non ne sarebbe che un accesso acuto e le alterazioni trovate da Knies, Weber, Manfredi e dall'Autore stesso sono a considerarsi come fatti di sclerosi consecutiva. L'oratore distingue un glaucoma anteriore, accompagnato da ottalmia, senza escavazione della papilla, un glaucoma posteriore, con integrità completa del tratto uveale anteriore, e un glaucoma totale.

XLIV. *Martini* (di Roma). « Neurotomo-opto ciliare. »

L'Autore premette la storia di due casi clinici, ne' quali con felice esito eseguì la neurotomia ottico-ciliare; quindi presenta un *neurotomo opto-ciliare*, da lui ideato, che raffigura un uncino da strabismo, di doppio volume, con una lama tagliente nascosta tra due sue pagine.

Quando il nervo ottico e i ciliari sono compresi nel concavo dell'un-

(1) Vennero presentate dal prof. Gayet di Lione.

cino, si fa uscir fuori la lama, movendo in basso due bottoni, che si trovano sul manico dello strumento. Un' ansa di catgut, che vien guidata da un condotto scolpito nel dorso dell'uncino ed esce per l'estremo libero di questo, serve per la legatura del nervo ottico e dell' arteria centrale, allo scopo di evitare emorragia.

XLV. *Ponti* (di Parma). « Relazione di alcuni accidenti oculari, osservati in parecchi soldati in conseguenza di esplosione di dinamite.

XLVI. *Falchi* (di Torino), « Delle lesioni, che il contatto del pus produce nelle membrane profonde dell'occhio. »

L' Autore ha studiato minutamente e con l'ajuto del microscopio queste lesioni, andando ne' suoi esperimenti fino alle ultime conseguenze mentre finora s'era fatto uno studio incompleto.

XLVII. *Cervera* (di Madrid). « Caso di mughetto della congiuntiva palpebrale ed oculare. »

L'osservava in ragazza di 16 anni e venne accertato del microscopio.

XLVIII. *Id.* « Caso di aniridia completa, con doppia cataratta molle. » Nel mobile cristallino era una zona inferiore trasparente, per dove era possibile la visione.

XLIX. *Manché* (di Malta). « Sulla commozione retinica. »

Fa la storia dell'affezione, enuncia alcune sue vedute sulla patogenesi di questa e rileva l' importanza della prognosi, per gli effetti medico-legali.

L. *Purtscher* (di Innsbruck). « Dell'incrociamento e della atrofia dei nervi e tratti ottici. »

La storia verrà inserita negli atti del Congresso.

LI. *Rampoldi* (di Pavia). « Caso di glio-sarcoma del nervo ottico.

Venne osservato nella Clinica del prof. Quaglino. Risulta pall' esame anatomico che il tumore, il quale riempiva l'orbita destra di una ragazzetta di 4 anni, era essenzialmente composto nelle parti periferiche da elementi fibro-cellulari stellati e fusati, da elementi elastici, e nelle parti centrali dai noti elementi del sarcoma. Nessuna traccia nel tumore di tessuto nervoso. A proposito di quegli elementi fibro-cellulari, di cui alcuni straordinariamente lunghi, l'oratore ricorda di averne trovati di molto somiglianti nello strato delle fibre ottiche della retina del cane.

Fa poi seguire una piccola nota d' istologia normale, che riguarda lo strato intergranulare della retina del cavallo, nella quale conferma i reperti di Golgi e Manfredi, precisando il metodo d' isolamento di quello strato.

Poncet di Cluny, prendendo argomento della circostanza che nella retinite albuminurica si disassociano gli strati della retina, nota il fatto che le fibre nervose, che discendono ai bastoncini, trovansi involte in una guaina connettivale, sulle quali esistono nuclei endoteliali, che costituirebbero i due strati dei grani. Molti argomenti di anatomia microscopica attesterebbero che questi grani sono di natura connettiva. Ciò

essendo, la teoria di Stilling che affida ai suddetti grani le proprietà di percepire la luce, resterebbe giudicata (1).

Ecco ora in succinto le memorie presentate da membri aderenti, non intervenuti al Congresso.

I. *De Wecker L.* « Della denudazione parziale del globo dell'occhio. »

È un'operazione che, secondo l'Autore, sarebbe in alcuni casi destinata a surrogare l'enucleazione del bulbo, e ancor più la così detta enervazione, massime in que' casi, in cui il chirurgo ha dinanzi un occhio affetto da irido-coroideite secondaria a ferita dell'altro occhio, il quale dovrebbe essere perciò demolito. Ma quest'occhio può avere una potenza visiva maggiore a quella che rimane al primo occhio, affetto per simpatia, e il chirurgo assai malamente si piega alla necessità di estrarlo o vero, che è ancor peggio, di *enervarlo*. Wecker, per sì fatti casi, ideò un processo operativo, che è appunto questo di denudare il bulbo là dove fu ferito, o vero, in altri casi, là dove è dolente di più al tocco, il che accade di solito nel segmento superiore. L'Autore incide dunque per un centim. la congiuntiva e la episclera in alto, tangente alla cornea: solleva con un uncino il retto superiore, lo recide al suo attacco e lo tien fisso, finchè un ago viene passato tra il muscolo e la congiuntiva, cui disseca verso l'equatore: indi passa un grosso uncino da strabismo al di là del nervo ottico, cui stira sotto lo sguardo, disseca il cellulare e i nervi ciliari circostanti; rimette il bulbo, cucisce il tendine del retto superiore alla congiuntiva del bulbo. Esplora l'acutezza visiva e fascia. L'Autore riconosce che la teoria potrà ben dubitare, ma che il fatto clinico gli dà ragione.

II. *Spencer Watson W.*, di Londra. « Cura del Glaucoma. »

La sclerotomia, di norma, dice l'Autore essere preferibile alla iridectomia; questa essere necessaria nei casi acutissimi, in quelli secondarii a sinechie anteriori e fors' anco in quei casi subacuti, in cui l'eserina è inefficace. Vantaggi della sclerotomia; una incisione più innocente, quando non v'ha quasi acqueo nella camera anteriore: una minor facilità alle emorragie endoculari, perchè l'aqueo più lentamente esce dalla ferita: minor bisogno di anestetici: infine una difficoltà di meno, quando l'iride è atrofica. L'Autore fa la scleroticotomia col coltello di Graefe; cui preferisce a quel di Wecker; l'incisione è sotto la congiuntiva, la quale vi rimane in parte tesa di sopra come ponte.

III. *Del Toro G.* (di Cadice). « La septicemia oculare e la cura disinfettante. »

Perchè contemporaneamente due operati di cataratta, alcuni dì dopo l'operazione gli vennero presi da fenomeni settici locali e generali, poi

(1) Il Congresso terminati i suoi lavori si scioglie con applausi vivissimi al discorso di chiusura Presidente prof. Quaglino.

da una tifoidea che ad un di quelli tolse la vista, all'altro la vita, l'Autore quind'innanzi opera l'estrazione in un'atmosfera di acido fenico, previa disinfezione del locale e degl'istrumenti coll'acido iponitrico. La medicatura consecutiva, la pratica con compresse di cotone e bende disinfettate, cui ancora nei dì seguenti tratta con polverizzazioni di acqua fenica, pur tenendo l'ambiente sano con l'acido iponitrico. L'Autore ebbe poi i migliori risultati e fa l'encomio dell'acido iponitrico.

IV. *Maréchal G.* (di Brest). « Notizia d'un apparecchio per esperimentare di notte l'acutezza della vista e del senso de' colori. »

I dettagli di questo strumento sfuggendo a un breve riassunto e con ciò anche il modo d'usarlo, i lettori che se ne interessano, potranno consultare la memoria originale nel « Rendiconto generale del Congresso Ottalmologico di prossima pubblicazione. »

V. *Brière* (di Havre). Igiene della vista dei neonati. »

Perchè occorrono soventi volte i casi di bimbi, che vengono inviati al sanitario, quando già la suppurazione delle cornee rende vano ogni intento curativo, e perchè l'ignoranza, il pregiudizio e la partecipazione di estranei all'arte, per esempio, di farmacisti, sono precipua ragione di ciò, Brière vorrebbe che nessun medicamento possa essere dato senza speciale ordinazione del medico. L'Autore ha già favorevolmente accolto le idee di Gibert, che ha pensato di creare all'Havre un ufficio municipale di igiene, come a Bruxelles, insistendo sulla necessità di provocare visite sanitarie nelle scuole e di istruire i genitori intorno le precauzioni da prendersi, le quali sieno atte a premunire dal pericolo, che bimbi appena nati perdano per incuria la vista.

VI. *Chibret* (di Clermont). « Nuova cura chirurgica della Chératite con ipopion. (*Ulcus serpens* di Saemisch). »

Sostituisce al comune taglio lineare dell'ulcera serpeggiante un taglio a semicerchio, che circoscrive nella sua curva tutta la periferia di quella parte di ulcera, che tende a diffondersi: consiglia prima e dopo della operazione, la instillazione del collirio di eserina: dà storie illustrative.

VII. *Oliveres* (di Badajoz). « Della cloralizzazione nell'estrazione della cataratta e nuovi procedimenti operatori di ablazione dello stafiloma totale della cornea e della trichiasi e distichiasi della palpebra superiore. »

VIII. *Saltini G.* « Dell'innesto animale del chalazion negli occhi dei conigli. (Nota preventiva). »

L'Autore ha intrapreso una serie di sperimenti nei conigli, nell'intento di recare un contributo in argomento alla trasmissibilità della tubercolosi, mediante innesti praticati con sostanze non tubercolari. Come la materia onde si compone il calazion, per gli esami anatomici di Fuchs e De-Vincentis, ha una struttura analoga a quella tubercolare.

Saltini ha, variando il modo, innestata questa materia nell'occhio di conigli vivi, nei quali poi all'autopsia ebbe risultati negativi. L'Autore si propone di accrescere il numero delle esperienze e delle osservazioni.

parendogli a ragione che troppo scarso contributo dieno finora gli studi da lui intrapresi.

IX. *Id.* « Sull'uso del solfato di chinina nella cura dell'emeralopia essenziale. »

Il solfato di chinina associato al salicilato di soda preconizzato de prof. Manfredi nella cura della emeralopia essenziale ha dato un esito molto felice in 11 dei 16 casi esperimentati dall'Autore; negli altri riconosce miglioramento. I pratici potranno ritentare le prove, guidati da un concetto che, quale appare, è razionale.

Il Congresso, accogliendo la proposta del dott. Cervera, deliberava che la nuova sessione internazionale sarebbe tenuta negli ultimi giorni del settembre 1884 in Madrid, e nominava lo stesso Cervera Presidente della Commissione ordinatrice.

Dott. AUGUSTO PIER D'HOUY.

III. CONGRESSO INTERNAZIONALE D'IGIENE

tenuto in Torino dal dì 7 all'11 settembre 1880

Continua questo Congresso l'opera incominciata a Bruxelles nel 1876, a Parigi nel 1878. Il Presidente della Commissione ordinatrice, professore Pacchiotti, venne pure eletto *Presidente effettivo*: rimasero eletti *Presidenti onorarj* il Sindaco Ferraris, il dott. Fauvel di Parigi, il professore Crocq di Bruxelles: *Vice presidenti* i membri stranieri Liouville e Trélat per la Francia, Finkelnburg per la Germania, Felix per la Rumania, Froben per la Russia, Hinckes Bind per l'Inghilterra, Van Overbeek per l'Olanda. *Segretarj generali* Martin e Ramello: *Segretarj aggiunti* Piovano, Demaison, Cornagliotti; *Cassiere* Pasquini.

ADUNANZE GENERALI

Adunanza del 7 settembre.

I. *Fauvel.* « Della profilassi internazionale delle malattie esotiche pestilenziali. »

Il Fauvel trattò di quest'argomento con ispeciale riguardo ai mezzi atti a prevenire l'importazione in Europa di tali morbi, ed a combatterne all'uopo la diffusione, quando svoltesi in uno stato. Notò essere la questione punto nuova, essendosene già discusso in diverse conferenze internazionali. Le sole vere malattie pestilenziali esotiche sarebbero oggidì

la peste asiatica, il cholera indico, la febbre americana: la prima ha però incontrastabilmente perduta oggidì la sua attitudine diffusiva, almeno in Europa; l'ultima non supererebbe probabilmente la zona litoranea occidentale; il cholera solo conserverebbe quindi tutta la sua invadente potenza: è quindi per questo che, più specialmente, sono necessarie valide misure profilattiche.

Ricordato quanto fu già fatto in quell' intento, accenna come necessità dell'oggi il dare un forte ordinamento alle commissioni sanitarie esistenti, cioè d'Egitto e Costantinopoli.

Il Finkelnburg parlando delle diverse questioni che interessano l'igiene internazionale e dei mezzi che potrebbero accostarci e farci pur giungere alla desiderata loro soluzione, dichiara (traendone argomento dai risultati già ottenuti dal buon accordo di alcune potenze europee) ora mai necessaria l'instituzione di una Commissione sanitaria internazionale *consultiva*, con un Consiglio centrale *permanente*. Vorrebbe pure che le statistiche tutte direttamente od indirettamente attinenti alle condizioni igieniche, sanitarie, ed allo stato economico delle popolazioni fossero raccolte, e redatte in maniera uniforme, anzi identica per tutti i paesi, come il solo mezzo che può rendere possibili esatti raffronti e quindi solo per ciò veramente proficui. Alla profilassi gioverebbero pure le misure che assicurassero l'effettiva disinfezione di certi materiali (precipuamente i putrescibili animali), che pur costituiscono l'oggetto di immensi scambii commerciali interni ed internazionali, e sono indubbiamente mezzo frequente d'importazione, trasmissione e diffusione di malattie attaccatrici, ecc., le misure pelle sanitarie ispezioni dei bastimenti ed anco sulle ferrovie sì per gli uomini come per gli animali. Accenna finalmente all'urgenza di proteggere le popolazioni contro lo spaccio dei rimedii segreti ed empirici; contro le falsificazioni delle materie alimentari: e ciò giustamente dice non potersi ottenere efficacemente se non all' uopo d'una sorveglianza costante e, più che altro, *diretta* degli stabilimenti di prima produzione.

Il Felix entrando nello stesso ordine di idee conchiude proponendo l'immediata elezione di una Commissione speciale cui affidare il mandato di redigere un programma che esplichi lo scopo, determini la competenza ed accenni ai mezzi di azione di quel Consiglio centrale: sarebbe esso programma trasmesso a tutti i governi a mezzo dei rispettivi delegati a questo Congresso internazionale. Alla discussione, che si anima, prendono quindi parte il Layet, il Liouville, il Pellegrin ed è infine formulato ed accettato il seguente *voto*:

« Il terzo Congresso internazionale d'igiene fa invito ai Governi europei a voler dare esecuzione ai voti già formulati nella Conferenza sanitaria di Vienna, per quanto si riferisce alla creazione d'una Commissione internazionale permanente delle epidemie. »

L'aggiunta occasionale, o subordinato emendamento del Fauvel « che in attesa della creazione di essa Commissione si pensi indilatamente a

rafforzare l'organamento dei consigli sanitarii già instituiti a Costantinopoli ed in Egitto » è pure posto a partito.

Adunanza del 9 settembre.

II. *Zucchi Carlo.* « Della organizzazione dell'Amministrazione sanitaria degli stati. »

Egli vorrebbe che cotesta amministrazione fosse affidata ad un Consiglio comunale di sanità presieduto dal sindaco ed assistito da un ufficio di sanità diretto da un medico, membro permanente e relatore del Consiglio: i piccoli comuni si riunirebbero per costituire un comune Consiglio; da un Consiglio provinciale, analogamente ordinato; da un Ministero di sanità e da un Consiglio centrale, che si metterebbero pure in rapporto colle analoghe autorità sanitarie degli altri paesi; finalmente in un Congresso nazionale annuale si discuterebbero tutte le più gravi relative questioni. La sorveglianza dei servizii si farebbe a mezzo d'ispezioni ordinarie periodiche e di ispezioni straordinarie. Delle scuole pratiche per gli operaj, delle scuole tecniche pei medici compirebbero l'ordinamento igienico di ciascuna nazione.

Dello sviluppo storico e del modo di funzionare delle instituzioni pel servizio pubblico igienico nel Belgio e nella Rumania fecero in breve cenno il Crocq ed il Felix; e quest'ultimo mise in vista la necessità che il capo dell'ufficio centrale non sia che un direttore generale, che posto all'infuori delle oscillazioni della politica, avrebbe la stabilità e la durabilità necessaria per la graduale e proseguita attuazione delle igieniche instituzioni ed ufficii. Il Van Oveerbeck vorrebbe le commissioni sanitarie fossero in numero opportuno ma limitato, e fossero pur assistite da funzionari stipendiati e responsabili, di null'altro occupati che appunto del loro sanitario ufficio; alla loro volta essi sarebbero sorretti dai consigli provinciali costituiti, pella maggioranza, dai medici della provincia: è tale il sistema olandese e funziona bene, nè gli manca per essere compiuto che l'instituzione dell'ufficio centrale, con un funzionario generale.

Il Drouineau descrive il relativo ordinamento vigente in Francia, e lo crede buono ed efficace, non disconoscendo però la necessità di ordinare l'ufficio centrale, precisamente come già chiedeva il Martin: una *Direzione speciale* al Ministero con quattro *divisioni speciali*, dei *direttori dipartimentali* (provinciali) nelle prefetture, dei *Consigli d'igiene di circondario*, con corrispondenti sparsi nei comuni compirebbero le relative instituzioni.

Il Pietrasanta reputa l'ordinamento vigente sufficiente: è identico al vigente nel Belgio che appunto lo foggiò sul francese, prova questa della riconosciuta sua bontà.

È quindi proposto dal Vidal il seguente voto (ammesso all'unanimità):
« Che si organizzi in ogni governo un centro dirigente della sanità pub-
« blica, indipendente dalle politiche fluttuazioni, autonomo, competente *(quindi affidato ad un medico)*, con proprio e separato bilancio. »

Adunanza del 10 settembre.

III. *Liouville.* « Della vaccinazione e rivaccinazione obbligatoria. »

Il Liouville intese ad ottenere un voto, un consulto medico diremmo, sulla questione, in quanto essa questione, per opera sua, sta ora innanzi alla Camera dei deputati in Francia: anzi egli diede lettura di esso progetto di legge. Il dott. Pietrasanta si oppose pure a questo progetto, che reputa non necessario nè opportuno: bisognerebbe aver prima, egli dice, del buon vaccino sufficiente e dei vaccinatori dappertutto, mentre diecimila comuni non hanno medico in Francia. Anche il Van Overbeeck non crede legale il diritto di imporre obbligatoria la vaccinazione.

Contrò però alle opinioni reputate eccessive dei due accennati, schieransi tutti gli altri membri presenti alla seduta, tra i quali assumono eloquentemente il patrocinio della proposta il Brouardel, il Fauvel, lo Spatuzzi, il Finkelnburg, il Klaslinroth, il Froben, Lubelski, Balestreri, Carville, Boehm, Vidal, il quale mette innanzi una proposta così formulata:

« Il Congresso internazionale d'igiene di Torino domanda che in tutti « i paesi la legge imponga l'obbligo della vaccinazione e delle rivacci- « nazioni. » La proposta è adottata alla grande maggioranza di 196 voti favorevoli e 5 contrarii.

IV. *Bonnafont.* « Della necessità d'un Congresso internazionale colla missione di provvedere al rinsanimento de' paesi insalubri. »

Devesi, egli dice, provvedere al rinsanimento dei delta del Gange e del Missisipì se vuolsi giungere a debellare il cholera e la febbre gialla. È però riconosciuto che un simil voto sarebbe esclusivamente teoretico, giacchè per molte cause e ragioni i governi non credettero nè crederanno doversene occupare.

V, VI. *Torelli e Troubetzkoy.* « Della coltivazione dell'*Eucalyptus.* »

Tanto il senatore Torelli, quanto il principe Troubetzkoy esposero i risultati di questa coltivazione e specialmente di alcune varietà resistenti al freddo, in Italia come mezzo di rinsanimento dei terreni acquitrinosi e palustri: la sua cultura non richiede d'esporre uomini alle micidiali influenze di simili luoghi; dopo brevi anni può dare un rendimento rimuneratore; è efficacissima pell'assodamento del sottosuolo, ecc. Sul proposito l'adunanza vota all'unanimtà l'ordine del giorno seguente:

« Il terzo Congresso internazionale d'igiene appoggia coi suoi voti gli « sforzi fatti per la propagazione in Italia degli eucalipti. »

VII. *Spatuzzi Achille.* « Sull'organizzazione degli ufficii medico-igienici municipali e provinciali. »

È necessario stabilire su basi uniformi l'igiene nazionale ed internazionale; e però l'Autore vorrebbe si mettessero in riscontro i dati statistici delle cause di morte e delle malattie dominanti, colle condizioni igieniche e metereologiche all'uopo di opportuni rilievi topografici: una

Commissione internazionale dovrebbe dare il metodo uniforme pelle relative ricerche ed inchieste.

Enumera quindi egli le molteplici mansioni che dovrebbero essere affidate ai medici incaricati delle igieniche statistiche. Sul proposito il Ramello traccia l'ordinamento vigente pell' ufficio d' igiene e statistica della città di Torino; e quindi la seduta è levata senza che siasi formulata e discussa alcuna relativa pratica proposta.

Adunanza dell'11 settembre.

VIII, *Layet.* « Dell'insegnamento dell'igiene. »

L' insegnamento teorico, *dottrinale*, è oggidì insufficiente, vuolsi aggiungervi lo *sperimentale*, nei laboratorii, sui luoghi, la dimostrazione degli apparecchi di rinsanimento, d'espurgo, ecc.; ed il Layet tracciò appunto a grandi linee l'ordinamento degli igienici studii, che egli reputa degno dei tempi, pari ai bisogni della nostra civiltà, solo capace di validi frutti; ordinamento che egli ha già iniziato e con perseverante studio va perfezionando nella Facoltà medica di Bordeaux. Fu deciso anzitutto di immediatamente pubblicare il bel lavoro del Layet, e quindi, per acclamazione, il Congresso, convinto della necessità d' un insegnamento pratico dell' igiene, faceva voti perchè nei centri universitarii esso ottenga tutti i desiderevoli perfezionamenti e precipuamente si creino dei laboratorii pelle relative esperienze e perizie e dei musei di igiene.

IX. *Ybanes de Aldecoa*, « Sulla maniera di redigere un bollettino di statistica internazionale. »

Quest' argomento, conforme proponeva il Crocq, veniva rinviato al prossimo Congresso.

ADUNANZE SPECIALI O DELLE SEZIONI

1.ª Sezione. (*Igiene generale ed internazionale*) (1).

1.ª Adunanza.

I. *Brambilla.* « Della Statistica sanitaria. »

Propone sia adottato un bollettino statistico ebdomadario a classificazione nosologica uniforme per tutti i paesi.

Parla lo Spatuzzi che fa risaltare la necessità di mettere (come già accennammo parlando dei lavori delle sedute generali) in riscontro comparativo i risultati statistici colle indicazioni topografiche, metereologiche, edilizie, agricole, ecc.

Ibanes de Aldecoa presenta un esemplare della statistica medica che

(1) Presidente prof. Guido Baccelli.

egli per incarico del Ministero degli interni degli affari redige per tutte le città della Spagna. Il Bertillon pur sostiene la necessità d'una statistica identica per tutti i paesi e vorrebbe che le cifre dei decessi fossero accompagnate sempre da quelle dei viventi. Anche il Carville sostiene la necessità d'una nomenclatura nosologica comune, ed il Van Overbeek nell'ammetterla insiste perchè sia semplice, limitata pel numero delle malattie, che vorrebbe indicate solo per gruppi scientificamente e logicamente costituiti.

Il Pamard, il Dunant, Toscani, Rizzetti, Delcominète propongono, e sulla loro proposta è indilatamente nominata una Commissione incaricata di compilare un progetto concreto da presentarsi al prossimo Congresso internazionale.

2.ª Adunanza.

II. *Drouineau.* « Rapporti tra la metereologia, la climatologia, la demografia e l'igiene. »

Innanzi tutto l'Autore tratta dell'organizzazione dei relativi servizii, delle pratiche applicazioni degli studii topografici e del modo di trarne i maggiori vantaggi. Proporrebbe pertanto l'instituzione di stazioni climatiche scolastiche i cui dati si accosterebbero ai dati demografici, allo studio delle endemie ed epidemie: questi dati sarebbero poi utilizzati dei consigli d'igiene centrali e di circondario, ecc,

Appoggiavano la proposta: il Delcominé, il Pamard; quest'ultimo lesse anzi *ad hoc* le conclusioni d'un suo lavoro recentemente edito (La mortalità nei suoi rapporti coi fenomeni metereologici, in Avignone, dal 1872 al 1877). Egli avrebbe notato che la mortalità dei fanciulli fino a 5 anni è massima nei mesi più caldi nei comuni rurali (fino al 47 0[0 della mortalità annua, pei soli mesi di luglio, agosto e settembre), mentre lo è nei mesi invernali nei comuni urban (arrivando al 38 0[0 della mortalità annua) per gli individui a più che 5 anni.

Tali osservazioni danno luogo ad una discussione sull'influenza della dentizione negli accennati risultati, alla quale prendono parte il Pamard ed il Bertillon, negando questi la molta influenza che quello le attribuirebbe.

Il Baccelli prese pure ampia parte alla discussione, facendo notare essere per il momento impossibile formulare utili conclusioni.

III. *Proust.* « Questionario per l'etiologia delle febbri tifoidi. »

Con questo lavoro, già pubblicato fin dallo scorso anno, il dottore Proust intese a dimostrare la necessità d'un piano uniforme e metodico nelle relative ricerche ed inchieste. Fu nominata una Commissione (Baccelli, Ratti, Felix, Colin, Eulenberg, Spatuzzi, Proust) per lo studio del proposto *Questionario*.

Il Baccelli trasse occasione dalla discussione per fare comunicazione clinica sul vero carattere delle febbri palustri a forma tifoide.

3.ª Adunanza.

IV. *Spatuzzi.* « Carte topografiche della Provincia di Terra di Lavoro. » Nel presentare queste carte l'Autore spiegava com'esse possono servire allo studio della etiologia delle epidemie, specialmente palustri e tifoidi, e per la direzione dei lavori di rinsanimento.

V. *Baccelli Guido.* « Disposizioni adottate dal Governo italiano per rinsanire la campagna di Roma, all'uopo di stabilimenti penitenziari. »

La Colonia penitenziaria stabilita alle Tre-Fontane non avrebbe data una mortalità maggiore della consueta pei detenuti nei penitenziarii ordinari. Egli dichiarossi partigiano convinto ed ardente del sistema e provocò un voto che sarebbe all'uopo riescito di sostegno ed incoraggiamento ai relativi progetti del Governo italiano. Il Bertillon e quindi il Teissier appoggiano la proposta, notando il primo che la malaria potrebbe, con opportune cure igieniche, far meno vittime tra i coloni che la tubercolosi e la cachessia nelle prigioni.

Fu quindi per acclamazione approvata la seguente deliberazione, formulata dallo stesso Teissier:

« Il Congresso internazionale d'igiene sedente a Torino non saprebbe « come meglio lodare ed incoraggiare il Governo italiano nell'opera di « rinsanimento già iniziato collo stabilimento delle colonie penitenzia- « rie, che facendo valere la considerazione che la mortalità che ne ri- « sulta non potrebbe paragonarsi agl' immensi vantaggi che se ne pos- « sono ottenere rapporto all'igiene generale ed alla civiltà. «

4.ª Adunanza.

VI. *Catella.* « Della profilassi internazionale della sifilide. »

La relazione conchiudeva proponendo di instituire una Conferenza internazionale coll'incarico di pubblicare un Codice per la profilassi internazionale della sifilide. Il relatore vorrebbe fosse nei porti di mare imposto un regolamento sanitario uniforme alle donne pubbliche, l'obbligo della patente netta agli equipaggi mercantili, l' instituzione di pubblici dispensarii per gli infetti.

Il Pini combattè tali proposte, all'infuori della sorveglianza della prostituzione, che dovrebbe esser affidata ai municipi piuttosto che alle autorità di pubblica sicurezza. Il Crocq disse che nel Belgio la sorveglianza sulle prostitute, soldati, marinai bastarono a dare eccellenti risultati. Gallia e Catella insistono sulla patente netta. Il Felix a gran ragione accenna alla prostituzione clandestina come la più larga sorgente della disseminata sifilide. Il Minod non accetta le idee del Gallia e del Catella e propone rimandare la questione al venturo Congresso. Anche il Pamard trova inattuabili i mezzi proposti. Gravi davvero furono le proposizioni e proposte presentate dal Cunha-Bellem (Portogallo) e formulate in un opuscolo che ha presentato al Congresso:

basti accennare che per maritarsi dovrebbesi presentare il certificato medico d'immunità della sifilide, e presentarne pure uno per essere nominato e promosso in qualsiasi pubblico impiego. È però a maggiorità adottata la proposta dei dottori Gallia e Pirovano che, pur modificata dal Gibert, suona ancora così:

« La 1.ª Sezione del 3.° Congresso internazionale d'igiene considerando
« che il Commercio marittimo è un mezzo di trasmissione internazio-
« nale delle malattie *veneree* e *sifilitiche*, emette il voto che i governi
« vogliano prendere misure efficaci per impedire questo danno esigendo
« dagli equipaggi, sia alla partenza, sia all'arrivo, una *Patente netta* da
« esse affezioni. »

VII, VIII e IX. *Gibert*, *Delcominète*, *Toscani*. « Dell'ordinamento degli uffici d'igiene di Hâvre, Nancy, Roma. »

X e XI. *Bertillon* e *Liouville*. « Dei servizii relativi alla pubblica salute a Parigi e nella Francia tutta. »

Insistono gli autori sulla necessità di un servizio centrale d'igiene pubblica in tutti i paesi.

Venne quindi unanimemente votato, secondo che proponevano i dottori Proust, Pamard e Dubrisay:

« Che i governi favoriscano la instituzione in tutte le grandi città di
« un ufficio d'igiene analogo a quelli che già esistono a Torino, Roma
« e nella maggior parte delle città d'Italia, a Bruxelles, all'Hâvre, a
« Nancy.

5ª. Adunanza.

XII. *Crocq*. « Nota sui congressi d'igiene del 1851 e 52 nel Belgio. »

Fa rilevare l'influenza che ebbero sui progressi dell'igiene pubblica nel Belgio.

XIII. *Ferradas*. « Della pellagra. »

Non essendo presente il relatore, inizia la discussione il Felix, che nota fare la pellagra dei progressi in Romania per l'uso del mais guasto e propone, ciò che fu votato all'unanimità:

« Che i medici competenti dei paesi ove la pellagra è endemica siano
« invitati a continuare i loro studii per chiarire l'origine di questa ma-
« lattia. »

II, III, V e VI. Sezioni riunite. (*Igiene domestica e privata — professionale — applicata all'agricoltura — alle industrie*) (1).

I. *Germond de Lavigne*. « Degli effetti delle società contro l'abuso del tabacco e degli alcoolici. »

L'Autore mette in vista i vantaggi di tali istituzioni.

Presero parte alla discussione: il Borelli (che non ammette nocivo se

---

(1) Presidenti Bertani, Ratti, Concato.

non l'abuso eccessivo del tabacco in quanto può produrre un po' d'affievolimento della memoria), il Froben, il Rollet, l'Hutchinson, Fabri, Layet, l'Hinckes Bird e si formula un voto pella diffusione di tali società.

II. *Rollet.* « Sulla facile trasmissione della sifilide tra gli operai delle vetrerie.

Entrano a discutere il Napias, Viennois, Rollet, Druineau, e si propone sia obbligatoria agli operai impiegare tubi proprii, *personali*, per soffiare il vetro e siano anco stabilite delle mensili ispezioni sanitarie degli operai negli opificii.

Sul proposito però il Layet chiama l'attenzione alle facili spontanee alterazioni intraboccali che offrono gli operai soffiatori, la dilatazione ampollare cioè dall'orificio Stenoniano, con altre modificazioni della zona circoscrivente che potrebbero imporne ad un osservatore poco attento od esperto.

III. *Napias.* « Osservazione su d'una nuova forma di contrattura o granchio professionale. »

Ciò succede nei fotografi a cagione del lisciare col margine radiale dell'indice le prove gelatinose, onde farle aderire alla piastra collodionata di vetro.

IV. *Layet.* « Danni dell'ossido di carbonio nel gaz illuminante. »

Ne accenna le prove sperimentali: l'ossido arriva all'8 anco al 12 0[0, e la notevole dispersione del gas nell'aria è la causa di certi stati cachettici, di certe anemie che frequenti occorrono nelle popolazioni urbane e negli operai dei gazometri. Il Koechlin Schwartz, l'Arnould, il Trelat prendono parte alla discussione, in seguito alla quale la sezione fa voti perchè si cerchi un mezzo sicuro (più efficace del trattamento col percloruro di rame disciolto nell'acido cloridrico) per ispogliare il gaz illuminante d ll'ossido di carbonio.

V. *Raymondaud.* « Degli accidenti prodotti dalle macchine agricole. »

Accogliendo le conclusioni del relatore la Sezione, faceva voti perchè siano « adottate opportune speciali misure per impedire e prevenire si « fatti traumi. » Ricordansi in ispecie le precauzioni di più facile attuazione quale quella di togliere le sporgenze della sega all'estremità della guaina delle falciatrici e mietitrici, e la troppo notevole distanza dei denti della guaina; il rivestimento degli ingranaggi con apparecchi protettori; le difese contro l'inalazione delle polveri; la proibizione delle vesti larghe e svolazzanti per gli operaj; l'allontanamento delle donne e dei fanciulli, ecc.

V. *Vidal.* « Sui mezzi legali o di privata iniziativa, ad opporsi alle falsificazioni delle derrate alimentari. »

La memoria si riassume nelle seguenti proposte: Instituzione di laboratori d'analisi municipali o circondariali; mandato alle commissioni ed ispezioni di sanità di ricercare e far processare i delinquenti; facilitare le denuncie ai particolari, ecc.; stabilire un marchio di garanzia

facoltativo con suggellamento delle derrate. Le spese sarebbero largamente coperte colle tasse imposte per l'applicazione del sovra accennato marchio.

VII. *Fabre*. « Lo stato sanitario dei minatori ai nostri giorni. »

Crede il dottor Fabre, e con esso il Baraduc, che non sia poi sì triste quanto si vuol far credere, specialmente dal punto di vista della tubercolosi: la più utile precauzione ad ogni modo è di prontamente allontanare dai cantieri malsani gli operai appena presentino manifesti sintomi di infezione. La causa precipua dell' infezione è il soggiorno troppo protratto nelle cave, pel fatto dell'alta temperatura, dell'umidità, dell'aria confinata e viziata, dei polviscoli carbonosi, e precipuamente pei gas districantisi dalle polveri e dalla dinamite esplose. La Sezione chiude la discussione emettendo un voto perchè i governi interessati studiano e formolino una *legge sanitaria* sui lavori di gallerie per tutelare la salute degli operai.

VIII. « *Jacquemart*. « Sul nicotismo professionale. »

Udita questa memoria, la Sezione, considerando che: oltre ai danni generali comuni a tutti gli operaj, la manipolazione del tabacco è per le donne causa di aborti e di parti prematuri, (sentite pure le osservazioni relative del Layet e Chambrelent) adottarono le seguenti proposizioni:

1.° Le operaje delle manifatture di tabacco non dovrebbero nutrire i loro bambini;

2.° Le operaje incinte dovrebbero essere collocate in lavoratorj mantenuti con tutte le richieste norme igieniche.

IX. *Bowell-Sturge* (Emilia). « Osservazioni sull' igiene dei verniciatori a Londra. »

Accenna alcuni casi gravissimi d'avvelenamento saturnino e fa voti perchè sia legalmente imposta la sostituzione del bianco di zinco a quello di piombo, alla biacca. Il Napias osserva in proposito che esiste una legge (1849) in Francia, ma che è caduta in disuso in quanto i preparati zincici non valgono, dicesi, quei di cerussa; asserzione però falsa, come ben lo dimostrò l'architetto della Prefettura Paliard. Brouardel nota che è l'uso delle sostanze acide, l'aceto, il limone, ecc., che fa spesso scoppiare d'un tratto gravissimi i sintomi (coliche, assalti nervosi, paralisi, atrofia del fegato, deficiente escrezione urica) del latente avvelenamento saturnino. Il Layet invece, vuole che la limonata solforica possa essere usata impunemente anzi come mezzo profilattico.

Fauvel accenna ai serbatoj delle acque potabili coloriti all'interno col rosso di minio come probabile facile causa di avvelenamento saturnino. Però il Trélat fa osservare che comunemente è il rosso o minio di ferro che serve a quelle colorazioni, e che questo è perfettamente inoffensivo. Il Coville presenta sul proposito una memoria ove accenna fatti comprovanti sulla ben superiore potenza venefica del minio in polvere, in confronto della biacca.

Il Drouineau richiama l'attenzione sulla ben nota efficacia curativa e preservativa del joduro di potassio.

La Sezione formola poi la proposizione conclusionale, che i governi debbano impedire l'uso della biacca sostituendovisi l'ossido di zinco.

X. *Hutchinson.* « Sulle condizioni igieniche e mediche dell'Africa] occidentale. »

Indica alcuni precetti igienici che reputerebbe utili dal punto di vista profilattico. Lesse quindi una memoria sull'*igiene giornaliera.*

XI. *Chamberlent.* « Dei lavori di rinsanimento intrapresi nelle lande della Guascogna.

Enumera i felici risultati igienici che se ne ottennero; le febbri miasmatiche decrebbero del 85 0[0, la pellagra s'è fatta rara, la durata media della vita salì di 4 anni; una tavola a traccie demografiche permise agli astanti di farsi a colpo d'occhio l'idea di tali successi.

XII. *Roth.* « Delle tristi condizioni in mezzo alle quali lavorar debbono gli operai di macchine a vapore pei piroscafi. »

E ciò specialmente nelle officine di Glasgow, per l'eccesso del lavoro, il rapido passaggio del caldo degli ambienti al freddo, ecc., egli insiste pel miglioramento di tali condizioni.

XIII. *Vallin.* « Della macerazione. »

Raffronta le migliori condizioni della lavorazione del lino e della canape coi noti mezzi industriali, colle dannose conseguenze della macerazione diretta, agricola; egli vorrebbe che come industria insalubre fosse frenata dalle leggi che regolano l'altre analoghe (squojatoi, ammazzatoi, lavanderie, fabbricazione dei concimi), e vi si impiegassero mezzi meccanici, chimici, ecc. Nota che in Francia questi mezzi non godono quel favore che in Inghilterra, dove dal 1877 il macero si ottiene ovunque col sistema Schenck. Egli domanda quali progressi ha fatto tale industria in Italia dal 1867, epoca a cui risale l'ultimo relativo rapporto ufficiale; a qual punto è la questione negli altri paesi? La Sezione approva quindi la proposta di rendere, almeno nei centri più popolosi, obbligatoria la macerazione industriale in speciali opificj.

XIV. *Drouineau.* « Della disinfezione degli oggetti da letto e di vestiario nel caso di malattie infettive e trasmissibili. »

Propone che tale disinfezione si faccia d'obbligo in ispeciali lavoratori. Alla discussione prendono parte il Fauvel, il Layet, il Vallin, che dimostrano i vantaggi anche economici delle stufe di disinfezione, e la sezione adotta la sovra formulata proposta.

XV. *Pagliani Luigi.* « Osservazioni sull'anemia degli operaj pel traforo del Gottardo. »

La sezione, udita l'importante informazione (1), domanda che i governi interessati facciano una severa inchiesta, formolino leggi e rego-

---

(1) Vedi appresso la relazione che riguarda la Sezione d'Igiene nel Congresso dell'associazione medica in Genova.

lamenti sulle condizioni igieniche dei lavori, atte a proteggere efficacemente la salute degli operai.

XVI. *Gay* « Sui servigi che può rendere il medico pratico al punto di vista dell'igiene. »

Li renderà appunto, quando premuroso ed esperto, non si terrà dal persuadere e dal dare consigli, che saranno pur frequentemente ben accetti.

IV. Sezione. (*Igiene delle scuole e dei fanciulli*) (1).

1.ª Adunanza.

I. *Roth.* « Sull'ispezione medica obbligatoria in tutte le scuole. »

Obbietta a tale proposta il Lubelski, credendola di difficile attuabilità; Mezzini, Bourneville, Crocq, Gibert danno però delle spiegazioni appoggiandosi ai risultati che s'ottennero a Bologna, a Parigi, nel Belgio, ad Hâvre, e la Sezione approva unanime una mozione del Carville colla quale si dichiara: *indispensabile una visita medica periodica di tutte le scuole.*

II *Gamba* « Delle scuole dei fanciulli, rachitici, stabilite a Torino, e dell'ospizio marittimo. »

Torino invia a Loano i suoi rachitici. A quelle scuole non s'ammettono che bambini di più che cinque anni, e la ginastica vi è fatta con riguardo a ciascuna speciale malattia o deformità. Però il Roth osserva che il vero scopo dell'igiene non sarebbe guarire, ma prevenire la rachitide e che sarebbe quindi opportuno occuparsi anche dei bimbi più giovani ancora.

Sorse la questione del rachitismo sifilitico promossa dal Gibert nell'accennare alle scuole dell'Hâvre: egli non ammette col Parrot esclusivo il legame tra il rachitismo e la sifilide ereditaria; quello può anche essere *alimentare*; in questo il siroppo di bijoduro jodurato di mercurio fa prodigi anche nei bambini. Il Crocq nega la parentela delle due malattie e reputa sempre efficace l'aria libera, il soggiorno alla campagna, il lavoro dei campi per la rachitide. Il Lubelski, Dunant, Perrier dichiarano che il vero mezzo preventivo è il miglioramento delle condizioni g nerali igieniche, e particolarmente delle abitazioni veramente insalubri nelle grandi città.

2ª. Adunanza.

III. *B well-Sturge.* « Sull'educazione fisica delle ragazze nel Ginnasio di Londra. »

Un italiano pel primo organizzò quegli esercizii ginnastici metodici nelle scuole, dai quali si ottenne tanto risultato igienico.

(1) Presidente dott. Alberto Gamba.

IV. *Roth.* « Della ginnastica per i fanciulli. »

Con adatti fantocci dimostrò quali movimenti ginnastici debbonsi far eseguire giusta i veri principii dell'insegnamento e della pratica della ginnastica nelle scuole primarie e secondarie.

A questo proposito Bourneville parlò della introduzione degli esercizii ginnastici negli ospizii ed ospedali di Parigi; il Pacchiotti, Gamba, Balestreri dei progressi che ha fatto la ginnastica in Italia, negli ospizii dei fanciulli.

3.ª Adunanza.

V. *Napias.* « Studio e critica delle misure legislative per la protezione dei fanciulli occupati negli opificii industriali, nei diversi paesi di Europa. »

Egli accenna alla stabilita età per l'ammissione, alla durata del lavoro, al lavoro notturno, domenicale; espone lo stato della legislazione francese attuale, che se non è tale da soddisfare appieno l'igienista, fu pur benefica, anche pel fatto dell'instituzione degli ispettori, delle Commissioni locali. Egli vorrebbe che l'età fosse (come lo prescrive la legge in Ispagna) diversa pei due sessi. Osserva poi che il progetto di legge per l'Italia è imperfetto, e che ricorda appunto il francese del 1841, che la Francia ha felicemente sostituito (1874). Il Mezzini (Bologne) dice che il progetto è assolutamente cattivo; l'età di 9 anni è, per quanto vogliasi precoce in Italia lo sviluppo, veramente insufficiente: l'opposizione poi alla legge viene non dagli igienisti, ma dagli industriali; sul qual proposito il Napias è felice di notare che invece in Francia l'iniziativa delle due leggi fu opera degli industriali stessi; ed il Coquelin fa notare che è spesso per atto di carità più che altro che l'industriale è indotto ad ammettere i fanciulli. Sarà un fallace sentimento, ma non è sempre egoistico: ad ogni modo una buona legge è necessaria.

Il Perrin diede interessantissimi ragguagli sull'ordinamento e l'opera delle commissioni locali a Parigi. Il Lubelski parlò della necessaria speciale sorveglianza degli apprendisti. Lo Spatuzzi fa alcune opportune osservazioni e quindi, comunicata una lettera del Comitato federale dell'associazione degli operaj svizzeri relativa al soggetto; la Sezione vota le seguenti proposte:

1.° Che in tutti i paesi l'età dell'ammissione dei fanciulli al lavoro sia uniformemente stabilita, e per nessun pretesto inferiore a 12 anni;

2.° Che sia pur fissata la durata uniforme del lavoro, in base a trattati internazionali, nell'interesse della pubblica salute e dello sviluppo intellettuale dei fanciulli;

3.° Che in tutti i paesi non possano i fanciulli assoggettarsi ai lavori notturni prima dei 16 anni.

VI. *Agostini Antonio.* « Dell'esposizione dei fanciulli, e sulla maniera di dirigere gli ospizii dei trovatelli. »

Alla discussione prendono parte il Carville, Trélat, Griffini e quindi formolansi i seguenti voti che

1.° La legislazione sullo stato civile possa assicurare ovunque ai figli illegittimi il nome e l'appoggio della loro madre naturale;

2.° I soccorsi alle madri nubili, l'assistenza a domicilio, la protezione ai fanciulli, debbano assicurare la loro conservazione e la loro sorte avvenire;

3.° L'assistenza pubblica non debba intervenire che per assumersi il carico degli orfani miserabili, dei fanciulli abbandonati da madri impotenti e senza risorse.

VII. *Carville.* « Della tisi dei fanciulli. »

Ei vorrebbe si creassero degli stabilimenti speciali pel loro trattamentò. Lubelski opina che sarebbero da stabilirsi in vicinanza a foreste, od almeno a piantagioni d'alberi resinosi. Dopo alcune altre osservazioni del Gibert e Bourneville, la Sezione emette il voto: Che il Congresso metta all'ordine del giorno della prossima sessione la questione: « delle « stazioni e spedali marittimi per i tisici e delle condizioni che devono « avere. »

4.ª Adunanza.

VIII. *Javal.* « Della costruzione delle scuole avuto speciale riguardo alla vista dei fanciulli. »

La miopia in loro è spesso causata dall' astigmatismo, ed egli presenta e spiega un quadro che permette riconoscerla dal primo manifestarsi; vorrebbe poi che si adotassero regole uniformi e generali circa la stampa in grossi caratteri dei libri di scuola; parla della illuminaziane bilaterale delle scuole, che deve essere anche per larghe rettangolari finestre, aperte all'est ed all'ovest.

Anche l'Innocenti-Ghini trova migliore l'illuminazione bilaterale anzichè quella dall' alto che presenta gravi inconvenienti (spesa, tristezza, ventilazione difficile, calor eccessivo d'estate, ombra pel capo, ecc.). Il Reymond pensa che oggidì la frequente miopia è la conseguenza del metodo d'insegnamento, che esige un troppo protratto uso della vista. Il Roth propone e la sezione sancisce il voto, che: « per evitare la fatica « della vista dei fanciulli, i libri scolastici siano d'ora innanzi, stam« pati su carta giallastra. »

IX *Pennetier.* « Sulla costruzione delle scuole primarie e del mobiliare scolastico. »

Parlano su questo proposito, Drouineau, Arnaudon, Roth, Gibert, Gariel.

X. *Roth.* « Memoria sul prevenire la cecità. »

5.ª Adunanza.

XI. *Arnaudon.* « Su l' orario delle scuole; la durata del lavoro, le

ricreazioni, il lavoro manuale, il materiale scolastico, le lezioni con oggetti; sulla loro influenza sullo sviluppo fisico ed intellettuale. »

Questa lettura eccitava viva discussione, specialmente circa la durata dell'orario, sulla sua continuità od interruzione. Jervis, Arnaudon, Innocenti-Ghini vogliono l'orario continuo, con brevi ma frequenti interruzioni. Gatti lo crede inopportuno nei piccoli comuni, per l'insufficienza dei locali; e Morra per dar a mangiare ai fanciulli. Dopo alcune osservazioni del Trélat e del Dunant è approvato l' ordine del giorno, proposto dal Roth e Morra: « La Sezione è d'opinione che l' orario delle « scuole non sia continuo. »

Viene quindi in discussione un'altra questione sollevata dall'Arnaudon, se cioè *debbonsi dare lavori per la sera*; ed è deciso che dovrebbero essere tenui, ridotti e di breve durata.

XII. *Coudureau.* « Contribuzione allo studio dell'igiene del vitto della prima infanzia e ricerche sull'evoluzione delle ghiandole intestinali. »

Dalle molte osservazioni fatte trae che le ghiandole a pepsina non prendono il loro regolare sviluppo che all' epoca del naturale divezzamento.

XIII. *Innocenti-Ghini.* « Sulla necessità di estendere nelle scuole normali il programma dell' igiene e dell'utilità di incaricare un medico di esso insegnamento »

Il Lubelski, il Roth, il Carville sono d'accordo con l'Innocenti-Ghini e però unanime la Sezione faceva voti perchè nelle scuole normali sia istituito un corso speciale d'igiene domestica, d'igiene privata e delle scuole, con nozioni sull'influenza che la scuola può avere sulle malattie dei fanciulli; e quest'insegnamento sia dato da un medico.

Il Dunant fa cenno dello stato delle scuole di Ginevra, della loro situazione, numero, costruzione, ventilazione, riscaldamento.

XIV. *Jervis.* « Degli inconvenienti cagionati alla salute dei fanciulli dalla continuazione degli studj nei grandi caldi. »

Il Mezzini faceva notare che tali inconvenienti sono maggiori per le fanciulle, e dopo altre osservazioni del Gariel ed Arnaudon, la sezione consentendo con lo Jervis faceva voti « *che gli studj nelle scuole e l'epoca degli esami non coincidono, per quanto è possibile, coi grandi calori dell'estate.* »

Il Mezzini aveva pur criticata l'estensione eccessiva che si dà ai programmi di studio e gli avrebbe voluti più ristretti: in vista però dell'importanza del soggetto, sulla domanda del Gariel, la Sezione approva portare la questione al futuro Congresso, così concepita: « Studio dell'influenza dei programmi scolastici e della loro estensione esagerata sulla salute dei fanciulli. »

XV. *Bourneville.* « Necessità di scuole per gl'infermieri. »

La Sezione deliberava che pel futuro Congresso fosse trattata la seguente questione: « Scuole d' infermieri, organizzazione, programma », ecc.

VII. Sezione. *(Igiene, Veterinaria)* (1).

1.ª Adunanza.

I. *Felix.* « Sulla salubrità e sulla ispezione sanitaria delle carni. »

Dopo non breve discussione sono votate le seguenti proposizioni del Nocard d'Alfort: 1.° Che un servizio veterinario d'ispezione delle carni sia stabilito ovunque vi ha un ammazzatojo od una beccheria. (Voto già emesso dal 2.° Congresso 1878); 2.° Che l'ispezione si faccia sull'animale vivente e dopo ucciso; che si pubblichino e diffondano delle istruzioni popolari per riescire a persuadere le popolazioni che la carne insufficientemente cotta è talfiata dannosa.

II. *Vallada.* « Etiologia e profilassi della rabbia negli animali, specialmente studiata nei suoi rapporti colla sanità pubblica. »

Dopo opportuna discussione è approvato la proposta del prof. Vallada: che facciansi dappertutto pratici studii per istabilire, se, come lo affermano alcuni giornali e come lo affermarono alcuni osservatori, è possibile che un cane sano possa far svolgere la rabbia, senz'averla egli stesso, mordendo altri animali, *fatto che la scienza ancora non ammette.*

Sono pure approvati, dopo alcune osservazioni del Bassi e De Marchi, queste due deliberazioni:

« Si invita istantemente i colleghi a studiare se non esistano delle forme di rabbia guaribili, ma che pur possono, pel morso, trasmettere una rabbia mortale. — Durante lo stadio d'incubazione della rabbia, il cane dovrà essere sempre considerato come capace di trasmettere la malattia in ogni tempo, nell'ignoranza in cui si è del momento nel quale può ciò accadere. »

2.ª Adunanza.

III. *Bassi.* « Sulla necessità d'una disinfezione regolare dei carri di ferrovia, che servirono al trasporto di bestiame, al fine di prevenire la diffusione delle malattie contagiose. »

Dopo lunga discussione è approvato l'ordine del giorno seguente: considerando che la maniera onde è fatto il servizio veterinario nei diversi paesi, non esclude la possibilità dell'introduzione d'animali affetti da malattie contagiose per le vie ferrate; che il trasporto d'animali affetti da malattie contagiose colle ferrovie spesso favorisce la diffusione di queste malattie; che inoltre il commercio internazionale oggidì attivissimo per tutte le specie di animali domestici, può valere a diffondere le malattie contagiose alle quali queste specie sono soggette, anche al di là dei confini degli Stati; crede la Sezione: « Che la disinfezione regolare dei carri ed annessi, tutte le volte che avranno

(1) Presidente Vallada.

servito al trasporto dei solipedi, dei grandi o piccoli ruminanti, porci; gallinacei, sia misura *importantissima* di polizia sanitaria, allo scopo di impedire la diffusione delle malattie contagiose degli animali domestici, e fa voti perchè sia adottata da tutti i Governi. »

IV. *Brusasco.* « Sulla trasmissibilità del moccio dei solipedi all'uomo e sulle misure di polizia sanitaria le più convenienti per prevenirla. »

Fu approvato di proporre, « giacchè il moccio dei solipedi può trasmettersi all'ucmo per inoculazione ed infezione che » ogni Governo esiga sia abbattuto immediatamente qualsiasi animale moccioso, non sia permesso curare tali animali che nelle scuole veterinarie, e che il pubblico sia messo in sull'avviso con istruzioni popolari adatte del danno che si corre esponendosi al contatto di tali animali. »

3.ª Adunanza.

V. *Brusasco.* « Della trasmissione della tubercolosi dagli animali all'uomo e delle misure più convenienti di polizia sanitaria per ovviare a tale pericolo. »

Presero parte animata alla discussione il Bassi, Bizzozero, Nocard: il primo fece, appoggiandosi anche all'autorità del Virchow, delle riserve dal lato scientifico sulla identità della tisi bovina coll'umana, identità che gli altri due sostennero Considerando poi, Nocard e Bassi, la rarità dei fatti che deporrebbero per la virulenza del succo delle carni crude, e il danno che risulterebbe dall'esclusione assoluta dall'uso come alimento di tali carni, chiesero che la distruzione loro si limiti ai casi più inoltrati e gravi. Venne quindi approvata la seguente deliberazione: La Sezione considerando l'identità probabile della tubercolosi degli animali della specie bovina (*polmonea*) con quella dell'uomo e di conseguenza la possibilità della trasmissione della malattia all'uomo per l'uso alimentare non solo del latte, ma ben anco delle carni, specialmente se l'uno e le altre sono usate non cotte per bene, invita tutti i Governi a prendere misure rigorosissime di polizia sanitaria e ad istruire il pubblico di tale pericolo, ond'allontanare ancor più la trasmissione della malattia all'uomo.

VI. *Poincaré.* « Corpuscoli microscopici trovati nella visita di carni rifiutate all'ammazzatojo della città (Nancy). »

Dopo aver presentato i relativi preparati domanda se non si potesse trattare d'una fase metamorfica dei tenioidi dei bue.

4.ª Adunanza.

VII. *Brusasco.* « Della trasmissibilità del carbonchio o dell'antrace degli animali all'uomo e delle misure di polizia sanitaria più opportune a prevenire tale contagione. »

Finita la lettura, la viva discussione che ne seguiva chiudevasi col

proporre di aggiungere alle prescrizioni già in vigore nel caso di morte di animali carbonchiosi, le seguenti misure :

1.° La cottura in caldaje o fornelli mobili nei luoghi dove non v'ha squojatojo ;

2.° La torrefazione della terra delle stalle, dei prodotti della raschiatura dei muri, e di tutti gli utensili infetti, non suscettivi di efficace e sicura disinfezione ;

3.° Il rivestimento del suolo delle stalle con uno strato d'asfalto ;

4.° La instituzione di stazioni destinate all' interramento, previa cottura, degli animali morti pel carbonchio od altre malattie che rendonli improprj all'alimentazione.

VIII. *Bassi.* « Sulle specie diverse di scabbie degli animali, che possono trasmettersi all'uomo. »

Il Nocard sul proposito avverte l'importanza relativa della trasmissibilità delle forme del *favo* di fronte a quelle della *scabbia*. La Sezione propose poi la compilazione e divulgazione d' una istruzione popolare sulle dermopatie parassitarie degli animali domestici, trasmissibili alla umana specie.

IX. *Volante.* « Sull'acariasi dei salumi. »

5.ª Adunanza.

X. *Gramegna.* « Della pellagra. »

La lettura di questa nota diede luogo a lunga discussione chiusasi col seguente voto :

« Che i Governi dei paesi dove la pellagra è endemica, provedano a che le autorità locali impediscono l'uso alimentare del mais alterato e pubblichino delle istruzioni popolari per avvertire le popolazioni del pericolo che ne risulta. »

VIII e IX. Sezione. (*Igiene militare, navale e salvataggio*) (1).

1.ª Adunanza.

I. *Sormani.* « Sulla mortalità negli eserciti. »

L'Autore raffrontava le cause della mortalità nell' esercito italiano, con quella degli altri eserciti, dava ricchi dati statistici e della mortalità e della morbosità negli ultimi anni dei quali si hanno ufficiali relazioni, indicava i mezzi coi quali secondo lui potrebbesi e l'una e l'altra appo noi ridurre a minori proporzioni (precipuamente la più rigorosa scelta delle reclute, l'allontanamento dalle file dei tocchi da malattie d'esito notoriamente sempre infausto, le migliorie urgenti relative all' accasermamento ed al vitto), invocava l' approvazione della Sezione alle sue idee, e la Sezione formulava il voto che fossero prese

(1) Presidente Baroffio, Coletti.

in considerazione le relative proposte. Il Collin aggiunse ai dati statistici raccolti dal Sormani alcuni altri sulle febbri tifoidi nell'esercito francese; il Lacassagne ne diede di interessanti sul suicidio, che dal 1872 è in notevole diminuzione, pel fatto della riduzione della ferma, dell'esiguo numero dei ringaggi, che ad ogni modo non si possono ora più estendere, pei semplici soldati oltre il 29.° anno, sicchè non s'hanno più vecchi soldati sotto le armi.

II. *Colin.* « Dell'influenza sul soldato delle cause tifogeni comuni: il soldato considerato come reattivo dell'insalubrità delle città di presidio. »

Il pericolo e la frequenza delle infezioni tifiche pel soldato non istà tutto nelle cattive condizioni delle caserme, ma anche nel mezzo urbano, che agisce tanto più facilmente sul soldato in ragione della sua giovine età, pel rapido passaggio dall'aria libera dei campi alla sempre relativamente confinata della città, ecc. Il punto di partenza delle epidemie tifiche nel militare è spessissimo la popolazione civile.... Bisogna dunque pensare a rinsanire sì le caserme, ma anche all'igiene della città se vuolsi impedirne l'attecchimento e la diffusione. Il Lacassagne attribuisce l'attuale aumento delle febbri tifoidi nell'esercito francese, appunto alla giovine età di tutti i soldati: la razza non vi ha gran che a vedere, e lo provano le quasi identiche cifre per le truppe indigene in Algeria.

Il dott. Petrescu presenta una relativa statistica per l'esercito di Romania, e, notando non esservi differenza attendibile tra le truppe accasermate nelle città ed in quelle che vivono lontane da essi centri popolati, crede si accordi un' eccessiva importanza al mezzo urbano: egli crede che certo v'abbiano parte le cattive condizioni delle caserme, ma che molto ne spetti alle non buone condizioni originarie delle reclute. Il Colin crede dover meglio esprimere il pensiero da lui prima esposto: certo le cattive condizioni delle caserme sono causa efficiente precipua; ma ve ne hanno altre; gli operaj, gli studenti che vengono nuovi ad abitare la città coi relativi numerosi fatti di tifoidi, provano la sua tesi, che il Pettenkoffer ha pur indicata per Monaco, p. e. Egli poi avverte di non confondere le sue deduzioni relative alla febbre tifoide, con quelle ben diverse risguardanti la febbre petecchiale. Il Ferrero, capitano medico, appoggiandosi alle cifre stesse date dal Sormani, crede debbasi nelle condizioni igieniche in cui vive il soldato, ben più che a quelle della città ove sta di presidio, la facilità dello svolgimento in lui delle febbri tifoidi; nota egli ancora che non sono i deboli (più esposti invece alle malattie polmonali), ma i vigorosi giovani soldati che son di preferenza colti da tali forme tifoidi. Anche l'Ollivier crede che più che all'ambiente della città, debbonsi esse malattie alle cattive condizioni igieniche delle caserme.

III. *Ollivier.* « Sull' igiene navale e sulle epidemie a bordo delle navi. »

Questa relazione dà luogo ad un'interessante discussione: la Sezione è quindi indotta a formulare dei voti *per la diminuzione dello stato attuale d'ingombro delle caserme e navi.*

2.ª Adunanza.

IV. *Beauvais.* « Cura dell'asfissia dall'ossido di carbonio, colle inalazioni d'ossigeno. »

Due sintomi sono quasi proprj o speciali di quell'avvelenamento, cioè l'*amnesia* (il pieno obblio per l'asfissiato delle circostanze che precedettero ed accompagnarono l'accidente), e *l'insonnio* ostinato che nessuna preparazione calmante può far cedere.

Il Brouardel nega che le inalazioni d'ossigeno possono avere la benchè menoma efficacia in tal genere di asfissia, in quanto non può più sostituirsi all'ossido di carbonio una volta che questo lo ha sostituito nei globuli sanguigni.

V. *Baroffio.* « Della tubercolosi polmonale nell'esercito. »

Leggendo questa nota l'Autore intendeva dare adito alla discussione e alle deliberazioni del Congresso sul tema proposto dal Ministero della Guerra:

« I casi frequenti di tubercolosi, che accagionano una perdita considerevole d'uomini ogni anno, possono essere considerati come più o meno dipendenti dalla vita militare? In caso affermativo quali sarebbero le circostanze speciali della vita militare che possono favorire lo svolgimento di questa malattia e con quali mezzi se ne potrebbero evitare o diminuire le conseguenze. » Il Baroffio coll'appoggio di dati statistici dimostra: che la tubercolosi polmonale è sì più numerosa nella popolazione militare che nella civile in Italia, tenuto conto dell'età, ecc.; ma che un tal fatto è, benchè con diverse proporzioni, comune a tutti gli eserciti europei; che quindi deve nelle condizioni della vita militare trovare la sua ragione. Prova che l'Italia occupa il posto medio, per così dire, tra i principali eserciti; che le perdite ovunque sono proporzionali però all'entità delle perdite nella rispettiva popolazione civile; che finalmente manifestamente costante è nei diversi paesi la proporzionalità inversa della tisi e delle febbri tifoidi; che prese assieme le due essenze morbose, la mortalità, e meglio ancora le perdite che accagionano, in tutti i paesi segnano la massima delle perdite di fronte alle causate da ogni altra malattia, e che, così calcolando, la statistica proverebbe che all'Italia di certo non spettano le perdite maggiori, anzi occupa un bel posto anche di fronte alle nazioni più favorite.

D'altronde lo stato militare se è causa di perdite più sensibili pella tubercolosi polmonale, di fronte al civile, non è però giammai od almeno quasi mai la vera causa dello sviluppo primitivo della tubercolosi: la vita militare fa solo svolgere prima la malattia, già in potenza

nell'organismo, a cui l'individuo ha già una efficiente predisposizione, e ne attiva, accelera il decorso, ne precipita l'esito fatale. La vera profilassi sta nella migliore e più rigorosa scelta delle reclute: e qui egli enumera tutte le proposte che egregi medici e militari e civili misero innanzi onde ottenere quell'intento e le discute dal punto di vista del valore teorico e dell'opportuna attubilità. Fermasi specialmente sulla misura della circonferenza del petto e dice che gli 80 centimetri richiesti non possono ritenersi assolutamente insufficienti, ed a provarlo cita diversi dati e tra gli altri il risultato di ben 17,000 misurazioni effettive raccolte nell'esercito, dalle quali gli risultò che pei soldati con al più 3 anni di servizio a quella misura minima corrispondeva la media di 37 centimetri, ampiezza identica alla media, p. e., dell'esercito francere. Però quella minima non è sufficiente quando non s'ha riguardo alle stature molto elevate, alla età più inoltrata della recluta: allora egli vorrebbe che *eccezionalmente* il minimo toracico accettevole fosse fissato almeno alla metà della statura. Egli combatte la proposta che al medico siano accordati maggiori diritti nel Consiglio di leva: il medico non può essere membro con diritti eguali agli altri, perchè il suo voto sarebbe assorbito; non può aver diritti maggiori, perchè assorbirebbe il Consiglio; è perito tecnico e non dev'essere altro, ed il diritto accordatogli di far risultare del proprio parere (all'infuori di qualunque possa essere il giudicato libero ed indipendente del Consiglio) è sufficiente tutela dell'opera libera richiestagli ed è pure di fatto, checchè se ne dica, efficace freno pel Consiglio stesso. Dice inattuabile ed ingiusto il mezzo proposto di rifiutare ogni inscritto predisposto per antecedenti fatti di famiglia. I soli temperamenti pratici sono la giudiziosa scelta, l'eliminazione pronta dei tocchi dalla malattia; sarebbero pur ottima misura il chiamar gli inscritti alle armi sul principio d'ottobre, o d'aprile anzichè nel cuore dell'inverno; il farli soggiornare alquanto nel loro stesso paese: gli antichi depositi di leva valevano a rendere meno brusca la transizione alla vita militare; forse fu solo questione d'economia, e di più pronta istruzione la causa della loro soppressione; ma i Distretti potrebbero sopperirvi, almeno dal lato degli igienici desiderj pare il potrebbero. Le caserme nostre necessitano ed urgentemente di radicali provvedimenti; ma di ciò egli avrà, dice, occasione di parlare altrove. Il vitto è al certo troppo uniforme, ed è poi troppo strettamente sufficiente; ma di ciò pure dirà altrove.

Colin distinguerebbe i tubercolosi in due gruppi: Quelli che entrano al servizio con tubercoli e pei quali l'evoluzione è rapidamente accelerata; quelli che non vi apportano che una predisposizione più o meno latente, che è favorita dalla vita in comune, difetto relativo d'aria, passaggio dalla vita campestre alla urbana, cause di esaurimento e di cachessia. Non ammette egli *germi* propriamente detti: trattasi quasi esclusivamente di certo di evoluzione rapida data alle lesioni rudimen-

tali che le reclute offrivano all'entrare al servizio. I correttivi sono indubbiamente: Aumentare la capacità cubica delle caserme; la migliore scelta; tenere per del tempo le reclute nella loro circoscrizione d'origine, o vicino.

Il Petrescu vuole il tubercolo l'esito di un processo infiammatorio *a frigore*; è la malattia per eccellenza della miseria; ed appoggia il suo dire a dati statistici raccolti in Romania: egli vorrebbe esentati dal servizio tutti i deboli, e tutti quelli che hanno degli antecedenti ereditarj di tubercolosi, e che si evitino tutte le cause di fatica ed esaurimento dei soldati. Il Barofflo e Vallin, osservano che l'esclusione invocata sarebbe l'arbitrio: dove ci si fermerebbe? Evitar le fatiche, colle odierne esigenze dell'istruzione che cosa significa?

L'Ollivier crede che l'esagerazione delle manovre possa contribuire ai tristi risultati; non escludiamo le fatiche richieste, egli dice, ma vorremmo fossero metodicamente progressive.

L'Arnauld vuole che la sporcizie, il sudiciume abbiano grande influenza: l'introduzione dei reliquati organici nel polmone non varrà l'inoculazione di tali materie che pur talfiata valse a rendere gli animali tubercolosi? Prendono ancora parte alla discussione il Layet, il Lacassagne, l'Arnould ed il Vallin; quest'ultimo fa riflettere come, per quanto non perfetta la si voglia, l'epurazione è grande per le reclute, eppure la tisi è ben superiore nel militare che nel civile; nota che la precipitazione del processo latente è ammissibile per chi cade ammalato nel 1.°, nel 2.°, nel 3.° anno, ma come ammetterla per que' soggetti robusti, atletici in cui la tisi si svolge al 10.°, al 12.° anno di servizio ed anche più tardi, e senza aver avuto prima malattia, non attacchi di petto, ecc.? La frequenza della tisi negli eserciti non è spiegata fin'ora, egli conchiude; la trasmissibilità non è provata, ma non è neppure esclusa in modo assoluto e certo. L'inoculabilità del tubercolo lo ha dimostrata il Villemin, ed il Klebs, il Cohnheim non solo ammettono oggidì la virulenza del tubercolo, ma ne coltivano anche il germe come il Pasteur coltiva la bacteria carbonchiosa. Oggi sarebbe audacia invocare tal teoria per ispiegare la frequenza della tubercolosi nel militare; ma chi sa che ci riserba l'avvenire? Ad ogni modo tutto, egli conchiude, ci induce a far ogni sforzo per rendere più pura, *aseptica*, l'aria delle caserme.

È data conoscenza d'una Memoria del Da Cunha-Bellem « la profilassi morale della tisi nelle armate » che attribuisce alla noja, alla tristezza una gran parte nello svolgimento della tubercolosi.

Il Ferrero fa alcune considerazioni appropriatissime, e riassume le cause possibili e probabili della tubercolosi militare da noi. Finalmente la sezione formola ed è all'unanimità accettata la risoluzione, che: « La scelta dei neo-soldati sia più severa e che la chiamata alle armi abbia luogo in ottobre od aprile e non nel cuore dell'inverno, come in certi paesi si pratica. »

VI. *Arena.* « Del materiale sanitario di guerra. »

Il dott. Arena, colonnello medico, invitati i membri della Sezione nell'Ospitale militare divisionale di Torino mostrava e descriveva il *materiale sanitario di guerra dell'esercito italiano*, quello cioè d'una Sezione di sanità (ossia dei mezzi di soccorso mobili al seguito d'ogni Divisione e Corpo d'armata) e d'un Ospedale da campo (mezzi di ricovero e cura temporaria pur al seguito d'ogni Corpo d'armata): la vettura pei feriti gravi (di cui, oltre alle vetture feriti ordinarie, è dotata ogni sezione) e la tasca di sanità (della quale sono muniti i soldati ajutanti di sanità) del capitano medico dott. Guida attirano particolarmente l'attenzione e sono molto apprezzati; tutto il materiale poi è complessivamente e nei dettagli oggetto di minuto esame e di ben meritato elogio.

3.ª Adunanza.

VII. *Baroffio.* « Dello scorbuto. »

Anche con questa comunicazione il dott. Baroffio voleva promovere la discussione dell'altro quesito proposto del Ministero italiano: « Le epidemie di scorbuto che si mostrano a quando a quando in questa o quella guarnigione, sono da attribuirsi alla costituzione degli uomini deteriorata precedentemente da strapazzi, malattie, od altre cause; alle condizioni delle caserme; alla alimentazione regolamentare; ovvero a tutti e tre questi fattori? In che modo si potrebbero prevenire? » Egli dai dati statistici più rigorosamente raccolti si è convinto che nell'esercito nostro lo scorbuto in condizioni normali non è mai numeroso, e non diede mai luogo a svolgimento epidemico: sotto questo punto di vista noi possiamo stare alla pari di tutte le potenze militarmente meglio ordinate, della Francia, della Prussia, dell'Inghilterra; l'Austria ha sì qualche caso di più di scorbuto, ma là pure non può dirsi domini epidemico o frequente, giacchè la mortalità e l'invalidità annua vi è pure proprio minima. Quanto alle cause certo sono le ben note, lo stato delle caserme, il freddo umido, il vitto. Quando i soldati rientrano molli d'acqua dai servizj specialmente notturni non hanno altra risorsa che stendere nelle camerate i loro abiti; non vi s'asciugano ed al mattino devono indossarli umidi ancora, ecc. Un locale riscaldato nell'inverno almeno per lo scopo sovra accennato (giacchè da noi le caserme anche nel duro inverno di certi luoghi non son mai riscaldate e chiedere ciò sarebbe per ora un ozioso desiderio); il migliorare il vitto, che è sì chimico-fisiologicamente esattamente sufficiente, ma che praticamente non lo è più per le tante perdite quantitative e più ancora qualitative alle quali è frequentemente soggetta, e che è troppo monotoma e troppo povera dell'elemento vegetale fresco; l'aumentare lo spazio cubico ad ogni soldato concesso, sarebbero i presidj atti a far iscomparire forse del tutto la malattia; e ciò tanto più apparirà manifesto se si riflette che è dalle carceri preventive (che in

certi malaugurati tempi e luoghi furono davvero ingombrate), che s'ebbero parimente non frequenti casi di scorbuto ed i pochi fatti gravi e letali.

VIII. *Ollivier.* « Sulle condizioni della vita dei marinaj che favoriscono lo sviluppo dello scorbuto. »

Dal raffronto coll'esercito viene a dedurre che la privazione dei legumi ed alimenti freschi n'è la precipua causa.

Il Colin conferma che pur in Francia è nelle prigioni, e nei penitenziarj che occorrono i pochi casi di scorbuto che si possono registrare. Il Cabello, da un fatto osservato, è indotto a sospettare che il miasma palustre occasioni od almeno favorisca lo scorbuto; ed il Colin nota che la cachessia palustre può favorire le scorbutiche manifestazioni, ma non ingenerare lo scorbuto.

La Sezione conchiude « che la malattia in tempi normali non è grave; ma che tuttavia è pur necessario provvedere a migliorare il vitto dei soldati, con aumento dell'elemento vegetale fresco; ed è pur di necessità siavi almeno un locale riscaldato in ciascuna caserma, dove i soldati, impiegati in servizii notturni, ecc., possano all'uopo fare prontamente asciugare i loro abiti. »

4.ª Adunanza.

IX. *Baroffio.* « Dello stato delle caserme in Italia. »

La relazione viene fatta con la vista di rispondere ad altro quesito proposto dal Ministero della guerra: « La massima parte delle nostre caserme, in origine fabbricate per servire ad altro scopo, non presentando le volute condizioni di salubrità, come vi si può rimediare e correggerne i difetti in guisa che la truppa possa abitarle senza danno? Come si provvederebbe alla ventilazione, ed all'insufficienza, ed alla mala costruzione delle latrine, ecc.? Come dovrebbero essere edificate le caserme, poichè soddisfacciano a tutte le esigenze dal punto di vista dell'igiene? » Il Baroffio quindi, per iniziare la discussione, comincia dal notare come appunto perchè locali ridotti, che originariamente servir dovevano a ben altri e ben diversi scopi, difficile sia escogitare dei rimedj generici; ognuna per sè, stante i difetti di costruzione, di ubicazione ed orientazione, delle condizioni degli abitati, o dei luoghi vicini, ecc., può richiedere compensi speciali. Evitarne l'ingombramento è il *temperamento* solo comune.

Quanto alle latrine vuolsi anzitutto aver di mira il modo di vuotatura dei pozzi neri, od il modo di smaltimento delle materie: la bigoncia notturna è ormai quasi ovunque scomparsa; ma il sistema *inodoro* (pel vuoto sia ottenuto preventivamente, sia ottenuto all'atto di espurgarli) è insufficiente, rigorosamente parlando; il lasciar per le cloache disperdere quelle materie è un danno igienico ed economico gravissimo: egli vagheggia i tini mobili, il sistema primitivo sì ma utilissimo nizzardo, perchè tutti gli altri sono un'igienica ipocrisia. Il seggio migliore è quello alla turca scavato largo leggermente a super-

ficie sferica cava, con canale ascendente anteriore per l'ejaculazione delle orine, ecc. Quanto alle nuove caserme, allo stato attuale della scienza e della pratica, il sistema Tollet è il migliore: ad un sol piano alto dal suolo, a piccoli edificii tra loro isolati, ecc. E forse è anche, là ove i luoghi vi si prestano, il più economico. Ed appunto per l'economia che le nostre condizioni finanziarie ci impongono, egli crede, che mal valga lo spendere ogni anno ingenti somme in insufficienti ed inefficaci miglioramenti: si economizzino e s'accumulino, limitandosi alle riparazioni necessarie ed a poco a poco si erigano nuove caserme. Si portino alla periferia delle città, se fa bisogno fuori e s'avrà lo spazio necessario pel tipo proposto, saranno anche per quel fatto stesso più salubri, e per le esigenze politiche egualmente e forse meglio prestanti. L'Inghilterra ci ha dato l'esempio di simili riforme e ne ottenne singolari benefici igienici risultati. In tre delle maggiori città di guarnigione della Francia il sistema Tollet procurò la più desiderevole e confortante diminuzione della morbosità e della mortalità.

Il Trélat riassume con parola animata e incalzante, la questione: le superfici esterne debbono prevalere sulle interne ridotte al minimo, ed è ciò che si ottiene col sistema patrocinato dalla Società di medicina pubblica ed igiene professionale a Parigi, noto più comunemente appunto col titolo di *tipo Tollet*, a forma ogivale. Il Vallin nota soddisfatto che gli igienisti italiani adottino le idee prevalenti tra gli igienisti francesi al riguardo. Reputa pure però, e pur troppo a lungo di certo, ancora necessario provvedere a migliorare le caserme esistenti. Avendo fatte esperienze accuratissime, che accennai, si è persuaso che il mezzo migliore sarebbe spalmare le muraglie d'uno strato impermeabile (verniciatura ad olio, silicato di zinco, ecc.): d'inverno saran umide? Ma con una spugna è ben facile rasciugarle, ecc. Pei pavimenti utile è il ripulimento colla sabbia umida e fenicata, che è prescritto da 4 anni in Francia ove è vietata la lavatura a larga acqua: quanto ad un mezzo ricoprente dei pavimenti il raccomandevole non s'è trovato ancora.

È presentato un lavoro a stampa del Ghilherem Hennes di Lisbona « *Nos casernes* » che alla perfine non è che una brevissima ma calda raccomandazione del tipo Tollet.

La Sezione concludendo propose che « nell'erezione delle caserme si segua il principio, riconosciuto utilissimo sotto il rapporto igienico, dei padiglioni isolati. »

X. *Vallin.* « Quali precauzioni debbonsi prendere pei cadaveri sui campi di battaglia per prevenire i danni della putrefazione. »

E ciò a proposito d'una questione posta innanzi dal Ministero della guerra francese: Inumazione provvisoria o definitiva, o piuttosto cremazione?

La cremazione forse un dì sostituirà l'inumazione in condizioni ordinarie, ma sarebbe illusorio lo sperar mai possa rendere grandi bene-

fici per rinsanimento dei campi di battaglia. Il combustibile è lo scoglio; la pira antica, l'impregnamento pel catrame ed il petrolio, offrono gravissimi inconvenienti; i forni portatili, i crematorj ambulanti del Kuborn, sono praticamente insufficienti, moralmente e militarmente non raccomandevoli; la cremazione non può eseguirsi che nelle fortezze assediate e dalle armate assedianti, e nelle epidemie morbifere, perchè allora i morti non debbono toglier il posto ai vivi, i vivi non debbono calpestare la tomba dei morti. Pei cavalli la cremazione sta, ma non sulla pira sì sulla graticola: quanto beneficio ne varrà il soldato per ristorarsi, confortarsi, nutrirsi ben anco. Per gli uomini scelgasi un terreno a buona fognatura, ventilato, dispongansi bene le fosse, si denudino compiutamente i cadaveri, ecc., e l'inumazione così ben fatta sarà e resterà il solo mezzo igienico migliore per toglier via i tristi avanzi delle vittime della guerra.

Il Lacassagne spera invece nella cremazione: non spetterà nè a l'uno nè all'altro esercito, ma alle autorità ed alle popolazioni del luogo; le ferrovie trasporteranno il combustibile necessario, ecc.

XI. *Boncivenni.* « Dello studio dell'igiene navale. ».

Sulla proposta dell'oratore la Sezione faceva voti perchè « negli esami « dei capitani di mare, si faccia adatta parte alle conoscenze igieniche « e di medicina navale ed a bordo d'ogni nave si trovi un libro che « riassuma le cognizioni le più utili su tale soggetto. »

XII. *Houzé de l'Aulnoit.* « Di alcuni miglioramenti introdotti nel servizio di soccorso pei feriti sul campo di battaglia o sulla pubblica via. »

Insisteva sulla « utilità di deporre delle piccole borse di soccorso ed « anco d'una barella in tutti i posti di polizia, dazii e spacci di oggetti « di privativa: » ciò si è fatto a Lilla e con grande vantaggio.

XIII. *Cabello y Bruller d'Algesiras.* « Su l'uso delle carni conservate per gli eserciti.

Ricorda che nel 1872 fu inviato dal governo spagnuolo in missione in Italia, e che in quell'occasione ebbe l'opportunità di studiare a Firenze le conserve di carne preparate per l'esercito italiano, dal Baroffio nel Laboratorio del Magliol. Per incarico del suo Governo, ed a mezzo dell'ambasciata, ne furono inviate alcune centinaja di scatole a Madrid ove furono aperte un anno dopo e trovate perfettamente conservate, ed alibili. Sopravvenuta la malaugurata guerra di Cuba, quell'esercito ha consumate ben 2,400,000 di esse scatolette, e con immenso vantaggio.

Forse quell'egregial risorsa contribuì efficacemente all'esito stesso della lotta.

Sezione X. (*L'agricoltura e la chimica applicata all'igiene*) (1).

I. *Durand-Claye.* « Sul risanimento di Parigi, in seguito ai recenti voti del Consiglio municipale. »

(1) Presidente Garelli.

NB. La relazione ufficiale mette Laura.

La questione delle fogne e cloache sollevò una vivissima discussione alla quale presero parte il Van Overbeeck e Duverdy, combattendo energicamente il sistema delle fogne sommergibili delle quali l'irrigazione del suolo coll'acqua delle fogne non è che la conseguenza. Questi pozzi neri liberamente aperti non possono in una grande città che essere un pericolo imminente di propagazione delle malattie trasmissibili. Il sistema è a vece energicamente sostenuto dal Crocq e Bourneville; questi nota che l'adozione del sistema irrigatorio fu il risultato di lunghi studii, ripetute osservazioni, e molteplici esperienze, che ne comprovarono la benefica azione. Dietro ulteriori osservazioni del Carlevaris, Betillon, Crocq, Lubelski, Pamard, Gibert, in definitiva favorevoli alla irrigazione, la questione è posta distinta tra i vantaggi economici che si possono trovare dall'irrigazione, cosa che è incontestabile, e gli effetti di rinsanimento della città, che è cosa ancor dubbia anzi, per l'Hâvre al dire del Giber, parrebbe negativa. Il Bertillon ripete che le statistiche ciò non provano; ma confessa che fin'ora sono insufficienti i dati raccolti per una decisione positiva della questione. Il Carlevaris ed il Laura facevano essi pure analoghe osservazioni, e finalmente fu votata la proposta; » Delle regole da osservare nella formazione dei quartieri nuovi, o la trasformazione degli insalubri » (Comitato di salubrità dell'agglomerazione Brussellese).

2.ª Adunanza.

II. *Napias.* Delle norme da seguire nel costruire quartieri nuovi o nel trasformare gl'insalubri.

L'Autore riprendendo la proposta votata nella precedente adunanza faceva opportuna relazione, e leggeva il regolamento proposto dalla Commissione delle abitazioni insalubri (Parigi) e presentava analogo piano di Parigi: l'assemblea a lui si univa nel desiderio *che quel regolamento,* così completo in ogni sua parte, *sia universalmente accettato e messo in pratica.*

III. *Pennetier.* « L'acroscopio del Pouchet. »

Nel presentare agli adunati quest'instrumento ne raccomandava l'uso per lo studio dell'aria degli ospedali, paduli, di tutti i luoghi dove regnano delle epidemie. Faceva quindi notare i vantaggi e servigj che questo istrumento è destinato a rendere all'arte medica ed all'igiene.

3.ª Adunanza.

IV. *Porta.* « Delle Maternità e delle migliori loro condizioni. »

Ammessa la necessità delle Maternità, a quali condizioni igieniche devono soddisfare? E qual deve essere la popolazione secondo che vi si ammettano le incinte uno o due mesi prima del parto, o solo già in travaglio, perchè si possa con maggiore sicurezza impedire la manifestazione delle forme puerperali infettive? A queste domande l'Autore

risponde conchiudendo che: il protratto soggiorno espone di più all'influenza nosocomiale, che quindi la popolazione relativa nel primo caso vuol essere minore: egli vorrebbe perciò che le statistiche indicassero il tempo di esso soggiorno, come elemento appunto necessario per giungere a stabilire il limite della popolazione onde impedire con sicurezza la manifestazione delle forme puerperali infettive; conclusioni, che appoggiate del Bellini e dal Peyretti sono accettate dall'adunanza.

Sorge quindi animata discussione sul progetto Porta per la ventilazione a *sistema rovescio*, sostenuto dal Bottiglia e Berra, mentre mostranvisi poco favorevoli il Normand, l'Otto de Simonson, il Van Overbeek de Meijer.

V. *Normand.* « Piano dello Spedale di S. Germain. »

Quest'ospedale civile e militare, che si sta costruendo sotto la direzione dello stesso Normand, avrà 400 letti e sarà formato di quattro corpi di fabbrica isolati, riuniti, a terreno, da una galleria; le sale di 24 letti concedono 56 metri per malato; la superficie d'apertura delle finestre è di 2, 165 per ogni 100 metri quadrati; la ventilazione assicura uno scambio di 50 metri per letto ed ora; le biancherie sucide sono condotte in tramoggie sotterranee: il riscaldamento si farà con stufe ad aria calda resa convenientemente umida; il costo complessivo per letto sarà di 5000 franchi.

VI *Houzeau.* « Del gravivolumetro. »

È un apparecchio per ottenere il peso dei liquidi senza la bilancia; con esso si può d'un subito determinare la quantità del solfato di calce contenuto nell'acqua potabile o no: sul soggetto fanno delle osservazioni Carlevaris, Porro, Morra.

4.ª Adunanza.

VII. *Normand.* « D'una casa centrale di forza e di correzione (per 1000 donne) a Rennes. »

Presenta il disegno del nuovo edifizio e ne dà particolareggiata spiegazione.

VIII. *Houzeau.* « Dell'illuminazione e del riscaldamento delle abitazioni private e degli opificii per mezzo del gaz.

Sentite le osservazioni in proposito del Normand, Bellini, Laura e Massino, è espresso il desiderio: « che i prodotti della combustione del « gaz siano sempre condotti fuori delle camere, cercando pur in tal « modo di ottenere una ventilazione conveniente; e che le società pel » gaz diano un prodotto quanto è possibile depurato. »

4.ª Adunanza.

IX. *Laura.* Del miglior sistema di fognatura per una grande città. »

Il Carlevaris, udita l'interessante relazione, fa voti perchè in tutte le grandi città si giunga e presto a poter distribuire una quantità suffi-

ciente di acqua onde liberare i condotti dalle materie che, *veri focolai d'infezione*, possono ristagnarvi con grave danno della pubblica salute.

Nell'ultima adunanza generale venne scelta, per sede del 4.° *Congresso internazionale d'Igiene*, Ginevra.

Il III. Congresso poi venne ufficialmente chiuso a Milano dove molti membri andaronvi invitati ad assistere ad un esperimento di cremazione con i due apparecchi Gorini e Venini.

Quivi venne pure espresso il voto da parte del III Congresso:

1.° Che i governi prendono tosto che sia possibile delle misure speciali per regolare la pratica della cremazione facoltativa dei cadaveri umani;

2.° Che i governi, i quali accettarono la Convenzione sanitaria di Ginevra, aggiungano un codicillo ad essa, col quale sia specificato che, in caso di guerra, le armate siano munite di apparecchi crematorii ambulanti, al fine di poter incenerire i corpi sui campi di battaglia stessi;

3.° Che una Commissione composta di dieci membri, scelti tra le diverse nazioni, elabori un progetto di regolamento che dovrà essere sottoposto a ciascun governo e faciliti presso di esso l'esecuzione dei voti espressi.

F. Baroffio (1).

IX CONGRESSO DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA IN GENOVA

IV. Sezione. — Igiene, medicina pubblica e medicina legale (2).

I. *Pagliani*. « Dell'igiene delle gallerie sotto alpine in costruzione. »

Il Pagliani, prof. di igiene nell'Università di Torino, insieme al dottor Bozzolo, prof. di Clinica propedeutica, nell'Università medesima, ha già pubblicato un lavoro in proposito nel Giornale della *Società italiana d'igiene*; ma i fatti verificati da essi nel *tunnel* del Gottardo come

(1) Per la compilazione di questi cenni riassuntivi dei lavori del III Congresso internazionale d'igiene, mi sono valso dei sunti favoritimi dai segretarii di alcune sezioni, di quello da me stesso compilato come Relatore al Ministero della Guerra sull'operato dall' VIII e IX Sezione, della relazione generale (ottava pubblicazione ufficiale del Congresso) fatto dal Demaison, delle cortesi comunicazioni fattemi dal Ramello e dal Cornagliotti, finalmente del compiuto lavoro già pubblicato nella « Revue d'Hygiène » (N. 10, 15 ottobre) e steso abilmente, cogli stessi elementi naturalmente, dal Vallin.

Baroffio.

(2) Presiedeva la Sezione il prof. Ratti.

conseguenze delle cattive condizioni, in cui quei poveri operaj lavorano, sono così gravi che, a loro avviso, nessuna insistenza, perchè il Governo vi ponga riparo, poteva parere eccessiva.

Le gallerie attraverso le montagne si vanno moltiplicando ai nostri giorni, ed è un gran bene per il commercio e per la civiltà, ma i medici igienisti che si vantano quali sorvegliatori della salute pubblica, debbono proclamare che nessun progresso nella facilità dei rapporti internazionali, debba farsi con tanto sacrificio di persone. Il prof. Bozzolo nella sezione medica doveva trattare della parte sintomatologica e curativa della malattia a cui dà luogo il lavoro in simili gallerie nelle condizioni attuali; il prof. Pagliani si limitò quindi a prendere in considerazione particolarmonte la parte igienica, esponendo il modo in cui si conducono ora tali lavori e vi si compie la sorveglianza sanitaria degli operaj, per esporre in seguito a mano a mano le riforme che egli reputa necessarie.

Considerò anzitutto il modo di procedere dello scavo, e dimostrò, come il sistema d'iniziare la galleria in piccola sezione in alto, per continuare l'allargamento in basso sia da preferirsi, purchè la galleria si prolunghi successivamente di tratti molto brevi, e vi si facciano seguire da vicino il completo allargamento ed i lavori di scolo nelle acque che trapelano dalle pareti.

Intorno alla ventilazione disse assolutamente necessaria l'esportazione dell'aria guasta dalla galleria e la contemporanea importazione di aria compressa in proporzioni sufficienti.

Parlò delle molte cause d'inquinamento della prima da parte degli operai, delle loro lampade, dei cavalli, dello scoppio delle mine, della polvere, delle roccie, ecc. La più attiva ventilazione è resa necessaria pure dalla possibilità di abbassare con questo solo mezzo alquanto la temperatura dell'ambiente.

Intorno alla pulizia delle gallerie, disse essere necessario se ne esportino le dejezioni degli operai, insistendo sul pericolo gravissimo del lasciar sul loro pavimento i materiali stessi.

Descrisse in seguito le tristissime conseguenze di queste condizioni eccezionalmente cattive di lavoro degli operaj del Gottardo; riferendo indagini fatte egli stesso e sopra di sè entro la galleria. Dimostra con fatti da lui raccolti come non possano gli operaj avvezzarsi a tali nocive influenze e come la malattia che da esse acquistano è di natura fino ad ora inguaribile.

Lamentò che mentre vi ha una triplice sorveglianza tecnica sui lavori delle gallerie, la sorveglianza medica sugli operaj sia difettosissima. Terminò il discorso insistendo perchè la Sezione votasse la deliberazione di reclamare dal governo una legge che stabilisca le norme igieniche indispensabili a che i lavori nelle gallerie riescano meno nocivi.

Il dott. Ripa, il prof. Ratti ed il dott. Pietrasanta aggiunsero osservazioni in proposito, appoggiando il voto espresso dal Pagliani. Sorse

soltanto la questione per parte del dott. Pietrasanta, se non basti che queste norme igieniche siano imposte nei contratti senza siano fissate per legge. A ciò il professor Pagliani rispose stimare più utile la legge, anche per questa ragione che può farsi studiare e compilare da persone tecniche e capaci di stabilire le volute norme, mentre nei singoli contratti non sempre si può trovare così favorevole condizione di cose. Nel Belgio ed Inghilterra una legge sui lavori nelle miniere valse a migliorare di molto le condizioni sanitarie di esse ed a far di molto scemare la frequenza e gravità delle malattie dei minatori.

Si votò quindi all'unanimità, con qualche modificazione del prof. Toscani; la seguente proposta dello stesso prof. Pagliani.

« La Sezione d'Igiene del IX Congresso dell'associazione medica ita-
« liana, commossa dalle conseguenze tristissime verificatesi nei lavori
« delle gallerie sotto-alpine sulla salute degli operai addetti ai mede-
« simi, reclama dal Governo una legge che stabilisca norme igieniche
« per lavori di siffatta natura; provvedendo in pari tempo ad assicu-
« rare l'esecuzione di detta legge, mediante l'attiva sorveglianza di me-
« dici dipendenti dal Coverno (1). »

II. *Manayra P. E.* « Se nello stato attuale della scienza, relativamente alla profilassi del vajuolo, non sia più prudente e più opportuno di rendere obbligatoria la rivaccinazione, che di esonerare le popolazioni che vi sono soggette dall'obbligo della vaccinazione. »

Il dott. Manayra volle premettere, che ciò che stava per leggere ed affermare, era convalidato da un esercizio pratico di 40 anni nell'esercito italiano, nel quale tiene ora il posto Maggior Generale.

La vaccinazione in sul suo primo apparire suscitò clamori; fu combattuta ad oltranza da medici di ogni nazione, e certamente sarebbe caduta nell'oblìo se sì grande scoperta non si fosse da pochi saggi vigorosamente sostenuta e praticata. Anche le popolazioni si mostrarono dapprincipio incredule e la loro incredulità era appoggiata da una non indifferente massa di sanitarii e fu solamente dopo tanti anni di osservazione che la massima parte riuscì a convincersi della grande utilità della vaccinazione.

Passò quindi a combattere le proposizioni emesse dal dottore Boens nell'Accademia medica di Bruxelles, colle quali vorrebbe rinnegare l'efficacia ed utilità della vaccinazione:

1.° La vaccina produce nell'economia umana un'infezione purulenta;

2.° Quest'infezione assume le parvenze della sifilide;

3.° Sostituire alla vaccinazione l'uso di speciali sostanze disinfettanti.

Fa notare che l'oppositore della vaccinazione, dottor Boens, vorrebbe

---

(1) Pari deliberazione venne presa dalla sezione di medicina, dove lo stesso argomento fu vivamente discusso in seguito alla comunicazione del professore Bozzolo.

tener quanto prima un Congresso internazionale contro la vacccinazione stessa.

A proposito della rivaccinazione obbligatoria annovera le diverse nazioni che da più o meno lungo tempo addietro la stabilirono per legge e tra quelle che non ancora la stabilirono nota con dispiacere la nostra Italia, ove solamente da poco tempo fu ammessa nell'esercito.

Appoggia la proposizione emessa dal dott. Letz che una vaccinazione facoltativa rimane sempre incompleta.

Entra quindi a dire degli effetti e dello scopo dell' innesto vaccinico. Il vaccino è un antidoto atto a diminuire se non a neutralizzare la ferocia del virus vajuoloso. Nota che gravi pericoli si vollero vedere nella vaccinazione, ma se pure esistè qualche pericolo in casi speciali questo sarà sempre minima cosa di fronte ai grandi vantaggj che da essa si ricavano. La sifilide rarissimamente si trasmette, ancor più difficilmente ha luogo per la vaccinazione un'infezione purulenta, tanto più se il pus vaccinico si ricavi dalle vacche. Contrariamente all' opinione del dottor Boens asserisce che il *cow-pox* e lo *horse-pox* non sono di origine sifilitica. In ordine alla questione se la vaccina sia la causa della frequenza del vajuolo il dott. Manayra dice che dal 1878 in poi ha assistito a migliaja di vaccinazioni e non si è mai accorto che abbiano portato epidemie là dove non erano; anzi esse rimuovono pericoli, spegnendo molte volte le epidemie nel loro principio. A proposito della rivaccinazione fa cenno che questa si mostrò molto efficace a Roma e a Genova in recenti epidemie di vajuolo; a Roma, per esempio, mentre la cittadinanza aveva una mortalità del 12 0[0, l' esercito che aveva subito la rivaccinazione, non contò che il 3 0[0.

Nessuno disconosce l' utilità che possono rendere nelle epidemie di vajuolo i disinfettanti; l'unico mezzo però abbastanza attivo, crede il Manayra consista nel curare la profilassi e l'igiene ad un tempo.

Il ribellarsi all' uso della vaccinazione pregiudica non solo il ribelle, ma intere popolazioni; e il governo siccome impone in altre malattie epidemiche certe norme igieniche, dovrebbe, ad evitare le epidemie di vajuolo, imporre la rivaccinazione.

Il dott. Manayra presentò all'adunanza molte tavole grafiche le quali mostrano ad evidenza quanto era grave il vajuolo allorquando non si vaccinava ancora, quanto meno grave allorquando si cominciò a vaccinare, e quanto infinitamente meno grave là dove la vaccinazione fu praticata su vasta scala. Terminò col dire che nella patria dei vaccinatori la vaccinazione sarà sempre tenuta nella dovuta considerazione e se ne dilateranno i confini.

Sulla comunicazione del dott. Manayra prese il primo a parlare il dott. Segre dichiarandosi contrario alla teoria del dott. Boens, il quale nemico dell'innesto vaccinico, sia questo Jenneriano o animale, vorrebbe adottate contro le possibili epidemie di vajuolo dei semplici mezzi igienici ed in specie i disinfettanti. Il Boens fu il primo a mettere in

dubbio l'utilità del vaccino; esperienza però di moltissimi anni ha dimostrato abbastanza la necessità di praticare la vaccinazione, imperocchè si trovano ora scomparse quelle terribili epidemie di vajuolo le quali afflissero tanto l'umanità nei tempi in cui non ancora si praticava l'innesto vaccinico.

Da statistiche risulta che in Inghilterra è straordinariamente diminuita la mortalità per vajuolo, dopo che vi si pratica la vaccinazione. In quanto poi alle malattie che si possono trasmettere colla lancetta e tanto temute dagli oppositori sono pochissima cosa, tanto più quanto si ricorra alla vaccinazione animale; la quale esclude ogni pericolo anche quando infierisca un' epidemia vajuolosa. Il dottor Segre sostiene l' obbligo della vaccinazione ancorchè con questa si vada contro alla libertà individuale.

La libertà individuale non deve essere superiore in forza alle necessità delle popolazioni e si deve tenere saldo che: *Salus populi suprema lex esto.*

Poichè pare dimostrato che il virus vaccinico nel ricambio materiale venga a perdere della sua virtù protettrice sorge la necessità pure della rivaccinazione. Nelle condizioni attuali egli fa voti perchè in Italia si ottenga una legge la quale renda obbligatoria tanto la vaccinazione come la rivaccinazione.

Il dott. Barduzzi osserva che troppa è la preoccupazione per gli oppositori dell'innesto vaccinico, sulla cui utilità non v' ha più dubbio; esso è un dogma. Quello che si deve discutere è se si debba o no decretare obbligatoria la vaccinazione. Uno degli argomenti sui quali si basa l'opposizione è di ledere la libertà individuale; se si ammette nella medicina pubblica il principio di non lederla, si dovrebbe togliere ogni importanza alla medicina pubblica medesima. Le mezze misure come l'obbligo del vaccino per individui da accettarsi nelle scuole, impieghi, ecc., non fanno capo a nulla. In quanto all'obbjezione che l' obbligo possa essere fonte di malattie, egli con molteplici ragioni dimostra in qual modo si possano evitare.

Il dott. Pietrasanta mentre osserva che si dà troppa importanza al Boens nella sua crociata contro la vaccinazione e lo fa vedere come uno spirito paradossale, combatte ad oltranza l' obbligo della vaccinazione. Questa sua opinione la sostiene in Francia dove, secondo lui, non vi sarebbe di oppositori che il Redattore del *Reveil Médical.* Ripete le ragioni per cui crede che in Italia meno che altrove vi sia bisogno dell'obbligo della vaccinazione. Ammette come dogmi vaccinazione e rivaccinazione, ma non vuole che una legge inesorabile li imponga, nota come in tutte le principali città d'Italia le vaccinazioni siano fatte in modo soddisfacente. Afferma che la vaccinazione è una grande conquista moderna; afferma l'utilità della rivaccinazione, fa voti che i governi continuando nella via intrapresa, facciano il possibile perchè tutti i comuni abbiano medici e vaccino, e loro se ne assicuri l'atto della vaccinazione.

Il dott. Ripa comunica come in Lombardia, nel Veneto e in Toscana si sia bene diffusa la vaccinazione per mezzo di medici condotti e per questo unicamende desidera che la Sezione d'igiene domandi al Governo di stabilire ovunque medici condotti i quali fungano eziandio da Ufficiali sanitari e si obbligano di diffondere, il meglio possibile il vaccino.

Il dott. Barduzzi torna a sostenere l'obbligo della vaccinazione.

Il dott. Lampredi propugnando le idee di Barduzzi, combatte le ragioni di Pietrasanta e fa voti per la vaccinazione e rivaccinazione obbligatoria.

Il dott. Bono si associa alle idee di Pietrasanta dichiarandosi nemico di una legge che renda obbligatoria la vaccinazione.

Il prof. Toscani non è nemico di quest'obbligo, ma lo vuole in modo indiretto e non per legge, che non crede praticamente applicabile. Piuttosto che una legge con sanzioni penali, egli vorrebbe che il Governo si adoperasse perchè le vaccinazioni sieno fatte a dovere ed in vasta scala. Dimostra come anche più inattuabile sia una legge sulla rivaccinazione. Insiste perchè si continui a ricorrere a mezzi indiretti, ammettendo agli opifici, ai sussidi, ecc., se non quelli i quali possono provare di essere stati vaccinati.

Il dott. Lampredi ed il dott. Margotta contrariamente alle opinioni emesse dal Toscani non ammettono i mezzi indiretti sufficienti per guarentirsi di una vaccinazione generalizzata, ed invocano il concorso della legge.

Il dott. Arenzi ed il dott. Fedeli desiderano obbligatoria la vaccinazione, ma con mezzi indiretti;

Il dott. Pietrasanta ritira la sua proposta associandosi a quella del Toscani unitamente al dott. Ripa, Montefinale, Bono.

Il Presidente legge la proposta del prof. Toscani che viene approvato a maggioranza di voti.

« La sezione d'igiene del IX Congresso dell'associazione medica ita-
« liana, raccomanda sia resa indirettamente obbligatoria la vaccina-
« zione e la rivaccinazione esigendola come indispensabile requisito
« per l'ammissione ai presepj, agli asili d'infanzia, alle scuole, agli opi-
« ficj, ai sussidj, curando soprattutto le relative disposizioni regolamen-
« tari sieno rigorosamente eseguite, comminando all'uopo penali san-
« zioni. »

III. *Scalzi Francesco.* « Del concorso che possono prestare le osservazioni metereologiche alla medicina ed igiene. »

Il prof. Francesco Scalzi dimostrò l'utilità grande che ne verrebbe se in ogni città del Regno ove sono osservatorii metereologici e grandi ospedali si istituissero studii di raffronto fra le vicende metereologiche e i movimenti delle malattie dominanti.

Egli dice che di sì fatti lavori si tentarono in Italia, ma che per essere disordinatamente compiuti, non raggiungono il loro scopo. Il loro difetto consiste nel non avere ben raffrontate le osservazioni metereo-

logiche dei luoghi coi resoconti sulla natura, sull'andamento e sugli esiti delle infermità ivi dominanti. A tale intento è utilissimo il metodo grafico con cui si può arrivare ad una sintesi esatta e spedita valutazione dei vicendevoli loro rapporti. Anche nelle opere d'igiene mancano tavole bene specificate che designino le vicende giornaliere del tempo; oppure sono troppo circoscritte nei confini limitati di una città o di una regione. Perchè le deduzioni abbiano un valore reale è necessario sieno il frutto di numerosi e ben distribuite osservazioni. Ancora si lamenta che i cultori della meteorologia, rivolta a scopo medico, non abbiano seguito un metodo solo e comune di esplorare le vicende atmosferiche, nè abbiano usati gli stessi strumenti, donde l'assoluta impossibilità di stabilire una climatologia comparativa delle diverse città. Questo facilmente si può ovviare.

Determinati bene gli elementi di meteorologia con appositi strumenti a tutti comuni, e le specie delle malattie in modo preciso, si potrà allora stabilire una vera climatologia medica; riusciranno così utili tanti lavori di buoni climatologici e di coscienziosi medici che vanno ora pressochè perduti. I bollettini degli osservatorj meteroologici ed i registri ospedalieri posti a confronto potranno darci quelle conclusion che noi desideriamo.

La sola questione che resta si è su chi dovrebbero ricadere le spese delle pubblicazioni. Pensa il disserente che i comuni potrebbero far fronte alle medesime, inquantochè sono essi che ne fruiscono i vantaggi; gli ospedali maggiori però, il numero dei quali risale a 70 e disposti opportunamente in una rete vastissima per tutte le regioni d'Italia così da riprodurre le variazioni climatologiche del Regno, potrebbero da essi soli con piccolo aggravio della loro rendita concorrere allo scopo.

Egli fa voti a che la Sezione d'igiene di questo Congresso voglia favorire la costituzione di un Comitato permanente, incaricato di tener viva la propaganda per lo scopo divisato, ed abbia sua sede in Roma o in altro centro, col mandato di riferirne nel prossimo Congresso.

Il dott. Ripa opina che oltre agli Istituti Ospitalieri principali anche altri si potrebbero prestare all'uopo, come pure si potrebbe approfittare di tutte quelle osservazioni che si praticano nei piccoli comuni

Il prof. Scalzi mostra una carta d'Italia sulla quale notò le 70 stazioni metereologiche primarie, esso è di avviso che queste stesse siano tanto bene distribuite ed in misura più che sufficiente ad offrire i dati per una climatologia medica del regno; basterebbe per questo si compilasse un quadro di tutte le osservazioni compiute in ciascun decennio.

Il dott. Pietrasanta vorrebbe che nei dati offerti dagli stabilimenti ospitalieri o dai singoli medici si tenesse conto non solo della mortalità, ma della morbidità delle singole malattie. A questo modo solamente si potebbe pienamente possedere la vera costituzione medica regnante. È di opinione che tal lavoro abbia da pesare sui bilanci del Governo.

Il prof. Toscani ritiene pure che il lavoro di riunire i dati spetti al Governo: ma crede cosa impossibile ad attuarsi il possedere la morbidità di tutto il paese.

Il prof. Scalzi insiste sulla necessità di uniformare il sistema di indagini, con che è convinto sarà appianata ogni difficoltà e ripete che questa Sezione del Congresso dovrebbe nominare una Commissione per gli studi opportuni da riferirne poi al prossimo Congresso.

Si approva la proposta del prof. Scalzi così formulata:

« La Sezione d'igiene del IX Congresso dell'Associazione medica ita-« liana persuasa dell'utilità degli studi esatti ed uniformi della meteorologia medica raccolti nelle grandi città d'Italia, ove sono vasti ospe-« dali ed osservatorj astronomici, nomina un Comitato con sua sede in « Roma col mandato di fare accettare la proposta di una meteorologia « medica generale del Regno e di riferirne nel prossimo Congresso. »

IV. *Schilling.* « Sulla pellagra nell'Agro Romano. »

Quivi pure il triste morbo s'è diffuso colla più grande rapidità; asserisce che il maggior numero dei casi si verifica nella campagna romana sopra individui della provincia stessa, come risulta dalle storie cliniche da lui pubblicate. Le alterazioni che ha potuto verificare sulla pelle degli attaccati si limitavano alla forma eritematosa nelle parti più esposte alle influenze esterne; in alcuni infermi l'eritema era accompagnato da desquammazione, la quale talvolta dava luogo a forte assottigliamento della pelle. Venivano in secondo luogo disturbi dell'apparecchio gastro-enterico (vomiti, nausea, inappetenza, pirosi, diarrea, ecc.), e nella maggior parte degli attaccati verificò ancora la cachessia palustre con tutti i suoi sintomi, non mai fenomeni del sistema nervoso.

Le cause di tale infermità sono triplici per il disserente: 1.° L'estrema miseria; 2.° L'uso del zea-mais guasto in larga scala; 3.° L'influenza malarica. Insiste sul concorso dell'influenza dell'elemento miasmatico palustre sulla produzione della pellagra. Opina si possa evitare l'estensione della pellagra col sopprimere l'uso del mais guasto e col bonificare sollecitamente l'Agro Romano.

Il prof. Manassei ha esso pure osservati molti casi di pellagra nell'Agro Romano, come membro di una Commissione incaricata di studiare le cause di tale malattia; potè verificare sempre come unica causa di essa il nutrirsi col zea-mais guasto. Vi sono molti luoghi ove si fa pur uso di grano turco e gli abitanti non soffrono di pellagra, ma solo si manifesta tale malattia colà dove questo grano turco troppo sollecitamente si raccoglie e malamente si accumula, mettendolo in cattive condizioni.

Il Lombroso insiste perchè nessun' altra causa all'infuori del zea-mais guasto si debba invocare nella produzione della malattia pellagrosa, e deplora come si sia potuto dalla Commissione istituita a Roma dimenticare i lavori suoi e de' suoi discepoli al punto di non farne neanche parola.

Schilling e Manassei convengono nell' ammettere come causa della pellagra il parasito dello zea-mais.

Il dott. Falcone riferisce che in Sardegna dove la malaria domina e dove gli abitanti in buona parte si cibano d' orzo misto ad una terra speciale, non vide mai un caso di pellagra, il che lo convince non influire la malaria sulla produzione della pellagra; ma dipendere questa in tutto dallo zea-mais.

Pietrasanta verificò identici fatti in Francia ed in Spagna.

Il Presidente legge la seguente proposta del prof. Lombroso e del dott. Margotta approvata all'unanimità.

« La Seziono d' igiene e medicina pubblica del IX Congresso in Ge»
» nova udita la relazione del prof. Lombroso, visti i nuovi fatti di dif-
« fusione della pellagra e ritenuta la stretta dipendenza etiologica fra
« detta malattia e l'uso del mais guasto fa voto perchè il Governo prov-
« vegga a rigorosa sorveglianza sulla importazione del mais guasto, e
« con istruzioni popolari suggerisca i migliori sistemi di conservazione
« di questo prezioso ed economico mezzo di alimentazione.

V. *Lombroso.* « Del lavoro dei carcerati nelle opere di bonifica. »

Il prof. Lombroso sostiene si debba, nei duri lavori per la bonificazione dell'Agro Romano, valersi dell'opera dei condannati. A Torino in altro Congresso si discusse lo stesso argomento e insiste perchè anche in questo si esterni un altro valido voto, acciò che il Governo metta a contributo di tanto lavoro le braccia dei carcerati.

Il dott. Pietrasanta, il dott. Zucchi, il prof. Ratti ed il dott. Bertone appoggiano l'esposto del Lombroso, e, ritenuto come: 1.° I condannati possano riuscire in quel lavoro d' immensa utilità; 2.° Le condizioni igieniche dei medesimi migliorino anzi che peggiorare col levarli dalle prigioni ove sono spesso sofferenti e col portali a vivere all'aria aperta; 3.° Che detti condannati accorreranno volonterosi a tal lavoro: si vota ed approva all'unanimità la seguente proposta:

« La IV Sezione del IX Congresso medico di Genova, si associa al
« voto espresso nel Congresso Internazionale di Torino, perchè si fac-
« ciano contribuire anche i condannati nelle bonifiche dell'agro romano,
« con quelle cautele igieniche reclamate dalla natura speciale del luogo
« e dei lavori. »

VI. *Chiminelli.* « Dell'utilità e necessità di definitivamente stabilire in Italia una Società d'idrologia medica. »

Incomincia col mostrare l'importanza ed utilità dell'*idrologia medica* rispetto alla scienza come all' umanità, e specialmente in Italia ricchissima di acque minerali; aggiungendo come dessa idrologia valga pure a promuovere il vantaggio economico della nazione rialzandone in pari tempo l'onore.

Quindi venendo al tema propostosi, dice che scopo principale della Società anzidetta sarebbe di occuparsi di tutto ciò che tende a promuovere la cultura medico-idrologica fra noi, e scopo speciale, quello

di agevolare il Governo nell' arduo compito di compiere e migliorare la legislazione nazionale, sopra tale, a suo credere, importantissimo argomento.

L'Autore in 12 articoli espone le norme pratiche o condizioni essenziali, sull'appoggio delle quali potrebbe essere possibile, a suo avviso, in via pratica la costituzione di detta Società che ancor manca in Italia; promettendo di dare questo argomento la maggior possibile diffusione a mezzo della *Gazzetta d'Idrologia medica* da lui fondata e diretta dal 1879 in poi. Accenna in fine quanto gioverebbe allo sviluppo ed al progresso degli studj medico-idrologici l'ajuto ed il favore del Governo.

Si approva la seguente proposta del dott. Chiminelli e Zucchi:

« La Sezione d'Igiene e di medicina pubblica del IX Congresso in
« Genova accoglie con plauso la proposta del dott. Luigi Chiminelli di
« istituire una società d'idrologia nella forma di altre esistenti all'e-
« stero e di favorire gli studj speciali d'idrologia medica. »

VII. *Piermarini.* « Delle acque termo-minerali, e in special modo di quelle di Civitavecchia. »

Egli ritiene che la potente loro azione dipenda da un complesso di cause, cioè la temperatura elevata, l'assorbimento delle sostanze gaseiformi e lo sviluppo dell'elettricità.

VIII. *Pierd'houy.* « Delle visite ottalmiche a periodi determinati nelle nostre scuole e negli asili d'infanzia. — Di un banco da scuola igienico — Dei caratteri tipografici rispetto alla vista. »

Il dott. Pierd' houy reputa una necessità la visita di persona dell'arte nelle scuole e negli asili infantili, che sono veri semenzaj di ottalmie granulose.

Il *banco di scuola* da lui immaginato venne esposto nel nosocomio di Sant'Andrea Apostolo in Carignano. Parla quindi dei *tipi così detti Elzeviriani*, che vorrebbe chiamare italiani perchè dai nostri primi editori usati, e ne fa notare la superiorità sui comuni circa l' igiene dell'occhio.

Si ferma sull'argomento *della sostituzione del nostro modo di stampare con l'innovazione dell'uso dell'inchiostro bianco sulla carta nera.* Dà le ragioni fisiche e fisiologiche di questa sostituzione e ne mostra la preferenza parlando dell'irradiazione luminosa e dei circoli di diffusione. Tra poche settimane potrà presentare al pubblico un foglio in cui, per questa questione d'igiene metterà un po' di bianco sul nero. Si augura che le sue parole siano un punto di partenza, una spinta agli editori per una prova di questa stampa oggi preconizzata.

Il dott. Leonardi Galli obbietto al Pierd'houy se crede che le generazioni venture, adottando fin da oggi universalmente il sistema di stampare bianco su nero, avvezzate ad una tal lettura potranno resistere leggendo l'immensa serie di libri che oggi possediamo scritti come sono nero su bianco.

Pierd'houy dichiara che non può lì per lì sciogliere il problema, ma è d'opinione, che potrassi sempre consultare e leggere gli scritti fatti col moderno sistema, inquantochè ognuno apprendendo un giorno a leggere nero su bianco non soffrirà un rapido passaggio colla vista da un momento all' altro ma sibbene questo passaggio sarà marcato da un tempo abbastanza lungo. E sarebbero solo i rapidi e momentanei passaggi da una sensazione visiva ad un'altra, i nocivi.

Il prof. Ratti aggiunge che a Roma, negli asili e in molte scuole si adottarono i caratteri bianchi sulla superficie nera e questo per il principio che maggiormente risalta ed ingrandisce una figura bianca su nero che una figura nera su bianco.

IX. *Schilling.* « Relazione sopra il numero sempre crescente dei *tignosi* nella provincia di Roma e degli Abruzzi. »

La Sezione udita questa relazione ad unanimità consentiva con l'Autore nel voto:

« Che i signori prefetti, siccome presidenti dei consigli sanitari pro-
« vinciali facciano ogni sforzo per combattere e vincere questa malattia
« tanto sudicia e contagiosa. »

X. *Alberti.* « Sull'osservanza del Regolamento di polizia mortuaria in quanto a visita necroscopica, al trasporto dei cadaveri ed ai pubblici cimiteri. »

Lamenta che in molti comuni del Regno non sia questo regolamento eseguito a dovere, e vi chiama l'attenzione dell'autorità governativa.

XI. *Labordette.* « Sopra un nuovo metodo di richiamare in vita gli asfittici. »

Egli sostiene che il trisma degli asfittici è un segno di vita e non di morte; e lo spiega come un fenomeno riflesso dell'irritamento delle espansioni del pneumogastrico nelle vie respiratorie per corpi estranee di qualunque natura che vengano ad occuparle. Su questo principio egli consiglia soprattutto in tali casi di abbassare la base della lingua ed innalzare il palato molle, per ottenere l'innalzamento dell'epiglottide e la libera circolazione dell'aria nelle vie bronchiali.

Presenta per ciò un istrumento di sua invenzione già approvato dall'Accademia di Francia ed adottato in molte stazioni, il quale serve facilmente all'uopo ed è di facile applicazione.

Su questo stesso tema il dott. Petrilli riferisce aver richiamato a vita asfittici creduti interamente estinti semplicemente col battere la regione precordiale colle dita piegate a martello, conchè egli dice si venga ad eccitare i moti del cuore.

XII. *Bertone.* « Delle regole igieniche devono sempre vegliare sul buon andamento delle scuole inferiori. »

La Sezione conveniva nel far voti perchè nelle scuolo elementari e soprattutto negli esercizj ginnastici si proceda secondo le norme dell'igiene.

XIII. *Galli.* « Delle case mortuarie in Lucca. »

Ne presenta le fotografie, ne spiega la loro costruzione e la maniera

in cui sono internamente disposte facendo notare come simili case esistano già in Germania e nel Belgio e che rispondono bene al loro scopo; desidererebbe che venissero adottate nei centri popolosi della nostra Italia. Dette case si compongono di una corsia nelle quali stanno vari letti in numero superiore alla media della mortalità del paese, e sono bene ventilate. Esse possono servire a trasportarvi i defunti di morte violenta o subitanea e i morti di malattie contagiose, liberando in questo secondo caso le abitazioni da centri di contagio.

Dopo viva discussione si aprova la proposta del prof. Toscani e dei dottori Zucchi, Margotta, Alberti e Fedeli di far voti « perchè provvedano i municipi alla diligente ed efficace verifica della realtà della « morte; ed in pari tempo alla costruzione di camere mortuarie desti« nate principalmente allo scopo di rimuovere i cadaveri dalle abita« zioni dei poveri. »

XIV. *Giani Paolo.* « Dell'allattamento materno, e degli Istituti di Maternità e presepj. »

Ne fa rilevare la grande importanza.

XV. *Selmi Francesco.* « Dello stato presente della Tossicologie e delle innovazioni di cui abbisogna. »

Accenna alla necessità che ha il tossicologo degli ajuti solerti, efficaci del fisiologo, del patologo, dell' anatomo, e dell'istologo. Si ripromette che col concorso di tutti i cultori delle scienze mediche e del Governo si riuscirà a far crescere e progredire questo ramo fra noi. Trova ragione a bene sperare, dacchè il Villa attuale ministro Guardasigilli, diede mano all'opera sovvenitrice istituendo una Commissione per lo studio della prova generica del venificio.

XVI. *Costa Saga Antonio.* « Sulla politica ed igiene pubblica ovvero sul modo di migliorare lo stato sanitario nazionale.

Il prof. Antonio Costa Saga di Messina (fervido propugnatore dell'introduzione di buon'acqua potabile in quella città) deplorando la mancanza di alcuni elementi essenziali all' umana salute in molte città e villaggi italiani, per la trascuratezza dei municipj riguardo all' igiene pubblica e per l'insufficienza dei relativi mezzi tutelari da parte del governo, dimostra la necessità di occuparci a trovar modo di far prevalere nelle regioni amministrative comunali e provinciali le prescrizioni igieniche e sanitarie malgrado gli ostacoli frapposti dall' insipienza e dalla scioperataggine di alcuni amministratori. Problema difficile, degno della seria attenzione non solo dei medici, ma eziandio degli economisti. Lo stato dovrebbe imporre e rendere esecutive le leggi di sanità come impone e fa osservare quelle di sicurezza pubblica, del servizio militare e delle finanze. Per ciò dovrebbe crearsi un ministero di sanità diretto da un professore d' igiene ed assistito da una giunta igienica composta di medici senatori e deputati, di alcuni professori della Facoltà medica di Roma e di altri illustri igienisti, chimici, ingegneri, ecc. In ogni provincia sia un capo ispettore sanitario, altri nei circondari, e

nei singoli comuni si potrà affidare tale ufficio al medico condotto. L'ispettore sanitario provinciale presiede a' rispettivi comitati provinciali; altrettanto rispetto a' circondari ed ai comuni.

In questo breve estratto non possiamo riprodurre nemmeno per sommi capi i motivi e le considerazioni del relatore in appoggio della sua tesi, nè far cenno degli ostacoli da lui avvisati contro l'attuazione del suo piano.

Il dott. Zucchi, che molto s' è occupato di tale materia, si alza a dire che questo tema è degno di una seriissima attenzione.

V' hanno oggi tre tipi di organizzazione sanitaria: 1.° La francese: secondo lui è la meno buona, inquantochè nella Francia sono abbastanza buone leggi, ma manca l'unità del corpo medico. In Italia siamo presso a poco nelle stesse condizioni; 2.° La tedesca: in Germania sono pure ammessi i medici a far parte dell' amministrazione sanitaria, ma sono membra sparse e mancano di un centro per potere agire concordemente; 3.° L' inglese: in Inghilterra esiste un' organizzazione sanitaria la quale consta di un consiglio di medici con mandato larghissimo. Essi si eleggono un capo ed esigono vere tasse dai contribuenti per tutte le opere di sanità. Il loro centro è un ufficio quasi ministeriale.

In America si verificano condizioni pressochè identiche alle inglesi.

Noi dobbiamo occuparci seriamente di questa organizzazione per ottenere come osserva il Saga di potere avere ingerenza diretta nelle cose sanitarie, se noi non vorremmo trovare ostacoli immensi nell' attuazione di quanto conosciamo per principii discussi dalla scienza.

Il Presidente, annuendo ai principj dello Zucchi, dice che se il corpo sanitario d' Italia sarà unito e compatto e domanderà cose giuste, non tarderà ad ottenere tutto ciò che vuole; che non basta accontentarsi di fare una semplice proposta detta ed approvata da pochi, e che sarà letto tutt' al più da qualche studioso; è necessario istituire una associazione medica coi nomi di tutti e solo allora ognuno potrà ottenere dal governo e dall'autorità quanto onestamente sarà per chiedere.

Si approva quindi all'unanimità la proposta dello stesso dott. Zucchi di far voti « perchè la direzione dell'Amministrazione sanitaria sia af-« fidata a medici riconosciuti idonei allo scopo, in tutti gli uffici am-« ministrativi, presso il governo centrale, le provincie ed i comuni. »

XVII. *Panizza.* « Sulla profilassi riguardo alla contagione morvofarcinosa. »

Il prof. Panizza dolorosamente scosso e preoccupato dinanzi alla morte di 5 persone per farcino e morva, contagio a loro trasmesso dal cavallo, in tre villaggi della provincia di Padova dal marzo 1879 all'agosto 1880, riconoscendo che la frequenza dei casi di contagione fra gli animali equini con sommo danno economico e pericolo alla vita umana dipende da ritardata od omessa denuncia degli equini sospetti od infetti di morva o di farcino, ben valutati gli ovvii motivi e le circostanze particolari, onde insufficienti si rendono le prescrizioni stabilite in Italia su questo gravissimo argomento, propone nuovo e adatto piano profilattico.

E però la Sezione convinta dell'importanza delle cose esposte vota unanime: « meritevoli di essere prese in considerazione le proposte del relatore. » L. PAGLIANI (1).

VARIETÀ

Ordinamento della Statistica delle cause di morte. — Finalmente anche l'Italia sta per avere un'istituzione da molto tempo domandata, come provvedimento generale, poichè non bastava averla in parecchie delle maggiori nostre città. I dati quivi raccolti con diversi metodi e avvedimenti, quand'anche non fossero stati pochi, non servivano perchè fra loro non comparabili, ad avere una giusta notizia delle condizioni sanitarie della popolazione, col fine di accertare se e quanto siano esse conformi ai dettami dell'igiene. E però medici, igienisti e tutti coloro che attendono a studj o ad amministrazioni che si riferiscono alla vita del popolo, che mirano a tutelare la pubblica salute, a promuovere la prosperità fisica, fondamento alla grandezza civile della nazione, di buon grado coopereranno perchè l'utile istituzione pienamente si compia.

Ecco intanto la Lettera circolare che il Ministro d'Agricoltura e Commercio dirigeva in proposito ai medici, chirurghi e direttori di stabilimenti sanitarj, ed insieme la Relazione al Re: noi qui la riferiamo acciocchè meglio appajano le ragioni e il fine del proposto ordinamento, del decreto e degli altri atti ad esso relativi.

I. *Lettera circolare.* — Il Governo, avendo determinato di iniziare col 1.° gennajo del venturo anno, la statistica delle cause di morte, si volge fidente agli egregi cultori delle mediche discipline, affinchè vogliano prestargli la valida loro cooperazione in questa ricerca; la quale se riuscirà di grande giovamento all'opera delle amministrazioni, specialmente locali, non sarà meno proficua alla scienza medica, pei tanti problemi che rimangono tuttora insoluti.

Parecchi fra gli Stati più civili d'Europa hanno già avviata da più anni la compilazione di simile statistica; non è quindi dicevole che il nostro paese, le cui condizioni igieniche lasciano non poco a desiderare, resti addietro in questi studj, destinati a chiarire temi importanti di demografia e di nosologia.

(1) Il prof. L. Pagliani, che con il dott. Giacinto Girola, fu Segretario della Sezione, valevasi per istendere questa relazione degli atti ufficiali del Congresso pubblicati quotidianamente nel giornale « l'Italia medica. »

Le questioni d'igiene esigono uno studio profondo e continuato delle cagioni della mortalità. Laonde, quando saremo giunti a conoscere il perchè ed il come dei singoli casi di morte, avremo dato efficace impulso alla nosologia topografica. La profilassi delle malattie si potrà allora studiare con frutto; allora soltanto la scienza potrà rendersi ragione delle speciali influenze che l'ambiente naturale e il sociale esercitano sull'origine e svolgimento delle malattie.

Ciò che si attende dai signori medici per poter porre le basi di questa statistica non è lavoro difficile. Basta che, ogni qualvolta un ammalato affidato alle loro cure venga a soccombere, essi consentano a certificare la natura della malattia, che, a giudizio loro, fu causa della morte. Questa dichiarazione fatta sopra apposito stampato (del quale sarà loro distribuito gratuitamente dai municipj adeguato numero di esemplari), sarà rimessa alla persona che dovrà notificare il decesso all'ufficio dello stato civile. Nei casi in cui il medico curante desiderasse tenere celata alla famiglia la vera causa della morte, potrà rilasciare egli stesso direttamente il certificato all'ufficiale dello stato civile.

Ad evitare che nel designare le malattie si proceda con criterj disparati (i quali renderebbero impossibile l'opera della classificazione e del raggruppamento dei singoli dati presso la direzione di statistica generale, incaricata di tutto il lavoro riepilogativo), il Ministero ha fatto redigere un elenco sistematico delle cause di morte. Questo elenco si trova stampato sopra ciascun certificato, affinchè il medico possa averlo presente in ogni caso speciale. Con esso non si vogliono imporre ai signori medici i criteri dell'adottata classificazione; ma tale elenco vuolsi considerare piuttosto come un ajuto all'amministrazione ed alla pratica, che come un'opera la quale risponda a tutte le esigenze della patologia e della scienza clinica. I medici pertanto saranno compiacenti di attenervisi per quanto è possibile.

Nella maggior parte degli Stati, nei quali si fa la statistica delle cause di morte, s'impone tassativamente ai medici di specificare le malattie, per ogni caso. Il sottoscritto invece ama meglio fare appello alla cortesia degli egregi uomini che esercitano la medicina e la chirurgia, per avere le notizie, persuaso come è, che l'amore della scienza e la considerazione dei vantaggi che alla cittadinanza potranno derivare da una piena ed esatta conoscenza delle influenze morbose predominanti nei varj luoghi, potranno sull'animo loro più che un precetto. È ad un opera di libertà, non di coazione, che il Governo invita la classe medica, ed il sottoscritto è convinto che essa non presterà meno per ciò coscenziosa ed intelligente collaborazione.

II. *Relazione.* — La statistica delle cause di morte è uno degli elementi più essenziali per lo studio delle condizioni sanitarie di un popolo e per il miglioramento della pubblica igiene. Non potendo avere la statistica degli ammalati, quella delle morti, secondo le cause che le

producono, basta quasi sola per segnare le principali linee della geografia nosologica del paese.

Gli Stati Uniti d'America, nel fare ogni dieci anni il censimento della popolazione, numerano in tale occasione quanti sono i malati a letto per qualsiasi infermità, sia pure momentanea, tanto negli ospitali quanto nei privati domicilii; e così, fatta ragione della stagione in cui il censimento si eseguisce, la quale può essere con molte o scarse malattie, si può determinare approssimativamente quanti sono gl'infermi in media nell'anno per ogni mille abitanti dei varj gruppi di età, nelle singole regioni.

Gli Stati d'Europa non fanno periodicamente un censimento di malati, ma parecchi tra essi pubblicano ogni anno statistiche accuratissime, molto particolareggiate, degli infermi accolti negli ospitali, e quasi tutti poi hanno organizzato da più o meno lungo tempo un servizio statistico delle cause di morte per tutto il rispettivo territorio. Non solamente l'Inghilterra, la Germania, la Svezia, la Norvegia, la Danimarca, il Belgio, l'Olanda, l'Austria, la Svizzera, ma anche la Spagna e il Portogallo hanno avviato (l'Inghilterra da quarant'anni, le altre nazioni molto più recentemente) la dimostrazione di siffatte perdite, con metodi e criterj uniformi per tutto lo Stato.

La statistica italiana, che pure gode riputazione di severa operosità, non è entrata finora in questo movimento, tranne che per il lavoro isolato e punto coordinato di una trentina di città, le quali pubblicano da alcuni anni bollettini delle morti, a periodi diversi (settimanali, decadici o mensili) coll'indicazione delle cause, seguendo classificazioni disparate, che non permettono di fare confronti razionali e veramente utili.

È necessario congiungere le varie parti di un tale servizio e fornire dati omogenei per uno studio comparativo. Fa d'uopo che i pochi osservatorii, che si erano costituiti in Italia per iniziativa lodevole dei municipi, facciano luogo ad un'istituzione regolare su tutta la superficie del regno, la quale comprenda i centri maggiori e i più piccoli, le città e le campagne.

La statistica di cui discorriamo tende a chiarire problemi di grande importanza. L'igiene pubblica l'invoca per istudiare la distribuzione topografica delle malattie; per conoscere quali età e quali gruppi di arti e mestieri siano più specialmente colpiti nelle varie regioni; per avvertire l'apparizione delle malattie epidemiche, il loro diffondersi e le vie che percorrono. Con l'ajuto di tali investigazioni si possono determinare i limiti di luogo, di tempo, d'intensità dei morbi, soprattutto di quelli che si svolgono per condizioni topografiche speciali, siccome la malaria, la scrofola, la pellagra, ecc. Mettendo poscia in rapporto questo servizio con l'altro, già interamente ordinato, delle osservazioni meteorologiche, si potrà studiare la dipendenza di alcune malattie dalle condizioni variabili dell'atmosfera, e stabilire il valore di codesta influenza sulle cagioni, sul corso e sull'esito delle varie forme morbose.

L'autorità, cui è affidata la tutela della salute pubblica, potrà, col sussidio di queste notizie, adoperarsi più sicuramente per arrestare le epidemie, combattere le cause delle endemie, e limitare quelle affezioni che abbiano tendenze a divenire più frequenti e più gravi.

Nè sola l'igiene pubblica, ma altri rami dell'amministrazione aspettano dalla statistica delle cause di morte elementi per il loro migliore assetto. Tavole esatte di malattia e di mortalità, quali si richiedono per gli istituti di previdenza sociale, si potranno avere soltanto quando sia noto il prevalere dell'una o dell'altra forma morbosa, secondo la professione, l'età ed il sesso.

Nè basterebbe prender consiglio da ciò che dimostrano le statistiche straniere, giacchè il paese ha una fisionomia sua propria, anche sotto il rispetto della nosologia. In Inghilterra, in altri stati dell'Europa settentrionale e negli Stati Uniti d'America, un numero considerevole di morti è prodotto, almeno indirettamente, dall'abuso delle bevande alcooliche; il che dà un carattere particolare così alla natura delle malattie, come all'esito loro. Presso di noi quest'influenza agisce in grado senza confronto minore; vi operano invece altre condizioni, alcune delle quali non esistono altrove, o vi sono conosciute poco più che di nome; n'è esempio la pellagra, da cui, secondo recenti indagini, fatte per cura di questo Ministero, sono afflitte in Italia circa centomila persone. Similmente la malaria e lo scarso o cattivo vitto danno caratteri speciali alla patologia di parte non piccola del popolo italiano.

Alcune pubblicazioni esistono fin d'ora, colle quali si è cercato, in parte, di supplire al bisogno di una statistica sanitaria. Il Ministero della guerra pubblica ogni anno un'eccellente relazione sulle condizioni sanitarie dell'esercito. Ho già ricordato i bollettini di una trentina di città i quali non riescono fra loro comparabili per difetto di unità nel metodo; oltrechè non distinguono sempre, nè con gli stessi criteri, i morti appartenenti alla popolazione residente da quelli della popolazione avventizia; e quando pure siffatta distinzione vi fosse introdotta, male si potrebbe argomentare dalla mortalità che avviene nel recinto delle città, senza il necessario complemento delle perdite che succedono nelle circostanti campagne, mentre vi è scambio continuo fra i grandi centri di popolazione e le piccole borgate e i villaggi, sia per l'affluenza di operai e domestici nelle città, sia per il collocamento dei bambini presso nutrici in campagna.

Nelle Accademie mediche e nei Congressi scientifici fu più volte discusso il tema della statistica delle cause di morte ed espresso il voto che il Governo non indugiasse più a lungo ad istituirla. I medici comunali, ed in generale i medici pratici, hanno mostrato in più occasioni di essere disposti a prendervi parte; e tutto fa sperare che la collaborazione di questo benemerito ceto si avrà spontanea, efficace, senza che occorra provocare speciali disposizioni legislative.

Una Commissione speciale di uomini periti nelle discipline mediche e

statistiche ho già apparecchiato, per incarico dei miei predecessori, uno schema di classificazione delle cause di morte e studiati i metodi più acconci per la denunzia, la verificazione e la registrazione delle medesime; e le sue conclusioni, discusse e raccomandate dalla Giunta, servirono di base per compilare il regolamento, che mi onoro oggi di sottoporre all'approvazione della M. V.

Il favore della pubblica opinione è acquistato alla novella istituzione; gli uomini più competenti incoraggiano il Governo ad attuarla; gli Stati che vantano le amministrazioni meglio ordinate in Europa, ci hanno preceduto, e il loro esempio ci appiana la via. Io spero che, ove non manchi il suffragio della Maestà Vostra al provvedimento invocato, si potrà in pochi anni raccogliere una somma di ben vagliate notizie, ad incremento della scienza e vantaggio della pubblica salute.

III. *Decreto* (18 novembre 1880). — Art. 1. A cominciare dal 1.° gennaio 1881, per ogni denuncia di morte fatta all'ufficio di stato civile, sarà compilata una scheda necrologica individuale.

Questa scheda conterrà, oltre le notizie concernenti lo stato personale del defunto, l'indicazione della causa della morte. in conformità al modello unito al presente decreto.

Art. 2. La scheda necrologica dovrà farsi per qualunque persona abbia cessato di vivere nel territorio del Comune, quand'anche non vi avesse avuta la sua abituale residenza e vi fosse invece trovata di passaggio, o per dimora temporanea, o perchè ricoverata all'ospedale, in carcere, ecc. Non si farà per le persone le quali, benchè risiedessero abitualmente nel Comune, morirono fuori del territorio di esso.

La scheda dovrà compilarsi anche per ciascun bambino che nacque vivo e che morì nel lasso di tempo trascorso fra la nascita e la presentazione all'ufficio di stato civile. Pei veri nati-morti, ossia per i morti prima o durante il parto, non si compilerà la scheda della causa di morte, ma si continuerà a tenerne conto nel movimento dello stato civile.

Art. 3. La dichiarazione della causa di morte sarà fatta *per iscritto* dal medico o chirurgo esercente che ebbe in cura il defunto durante l'ultima malattia. Qualora la persona fosse morta senza aver avuta assistenza medica, la dichiarazione della causa di morte verrà stesa dal medico necroscopo, e pei neonati dalla levatrice.

In tutti i casi di morte improvvisa, violenta o sospetta, nei quali ha luogo inchiesta dell'autorità giudiziaria, la causa della morte sarà notata provvisoriamente in base alle circostanze apparenti, salvo a rettificarla più tardi in conformità della sentenza o ordinanza dell'autorità medesima, e secondo le norme indicate nell'articolo 9 del presente decreto.

Art. 4. Nella designazione delle cause di morte i medici curanti o i necroscopi si atterranno, per quanto è possibile, all'elenco nosologico stampato sulla scheda, ripetendo, nel dichiarare la causa, il numero d'ordine che questa porta nel detto elenco.

Qualora credessero di dover designare una malattia con un nome diverso dagli adottati nell' elenco, avranno cura di scrivere tra parentesi la denominazione dell' elenco medesimo che più si accosta a quella da essi adoperata.

Art. 5. L'uffizio di stato civile distribuirà a tutti i medici e chirurghi esercenti, medici necroscopici, levatrici, direttori di stabilimenti, ecc., le schede in bianco per la dichiarazione delle cause di morte. Le schede saranno fornite gratuitamente dal Governo ai Comuni.

Ogni scheda è stampata in doppio foglio; il dichiarante terrà presso di sè il primo e consegnerà il secondo a persona della famiglia del defunto, o, se questi trovavasi all' ospedale, in carcere, o in altro stabilimento, al rispettivo direttore, che dovrà rimetterlo all'uffiziale di stato civile nell' atto della notificazione del decesso. Ove lo credesse opportuno, il medico potrà trasmettere il certificato della causa della morte direttamente all'uffizio di stato civile.

Quando l'uffiziale di stato civile non riceva, prima o contemporaneamente alla notificazione del decesso, il detto certificato, dovrà farne espressa richiesta.

Art. 6. Ricevuto il certificato medico, l'ufficiale di stato civile vi aggiunge a tergo le notizie relative all' età, allo stato civile, alla professione del defunto, al luogo della morte ed alla qualità della dimora nel comune, o si accerta della esattezza di tali notizie, se già furono iscritte nella scheda, mediante il raffronto con quelle indicate nell'atto di morte. Quando l'ufficiale di stato civile sia nell' impossibilità di rispondere in tempo opportuno a tutti i quesiti, dovrà segnare un punto interrogativo per dimostrare che la lacuna non dipende da dimenticanza.

Art. 7. Le schede originali delle cause di morte saranno trasmesse mensilmente alla Direzione della statistica generale del regno, per il tramite della prefettura, insieme col prospetto del movimento della popolazione. I comuni potranno però tener copia delle dichiarazioni mediche per compilare sopra di esse i loro speciali bollettini demografici.

Art. 8. Prima di spedire le schede alla prefettura, sarà staccata da ognuna di esse la parte in cui è indicato il cognome e nome del defunto; e ciò per limitare all' ufficio comunale la notorietà individuale delle cause di morte e garantire le famiglie che le notizie sono raccolte per iscopo puramente statistico e che non potrà mai attribuirsi alle schede stesse alcun valore legale.

Tuttavia a facilitare i raffronti, e perchè una sola numerazione renda più semplice il tenere in ordine i documenti relativi alle morti, il numero d'ordine da scriversi sulla scheda, nel posto a ciò designato, sarà quello stesso sotto il quale è segnato il corrispondente atto di morte nell'apposito registro di stato civile.

Art. 9. Se al tempo in cui si devono trasmettere alla direzione di statistica le schede individuali si trovi che manca tuttora per qualche defunto la notizia della causa di morte, come, per esempio, nei casi di

morte violenta in cui l'autorità non abbia ancora pronunciato sentenza, l'uffiziale segnerà non di meno nella scheda corrispondente le condizioni note, e circa la *causa della morte* indicherà le ragioni per le quali non fu ancora accertata. Ma, appena sia possibile, notificherà con lettera speciale alla Direzione di statistica le cause riconosciute di queste morti, ripetendo i numeri d' ordine delle schede alle quali si riferiscono.

Art. 10. Il fatto che un Comune pubblichi già attualmente un suo particolare bollettino necrologico, non lo dispensa dall'inviare le schede originali delle cause di morte al Ministero.

Art. 11. La classificazione delle morti accidentali e dei suicidj, adottata per lo spoglio delle cause di morte in tutto il regno, essendo quella fin qui seguita nella compilazione del movimento della popolazione, restano abrogate le disposizioni antecedenti circa la statistica delle morti violente.

Art. 12. Fino a nuova disposizione il presente decreto avrà effetto soltanto nei Comuni capoluoghi di provincia e in quelli di circondario o di distretto.

IV. — *Elenco sistematico delle cause di morte al quale i medici sono pregati di attenersi nella denuncia.*

CLASSE I.
Vizj congeniti e di conformazione.

1. Idrocefalo.
2. Ernie cerebrali. Spina bifida.
3. Cianosi.
4. Atresia (delle narici, dell'esofago, dell'ano, ecc.).
5. Labbro leporino complicato (gola lupina).
6. Mostruosità (1).
7. Altre.

CLASSE II.
Morbi infettivi, miasmatici e contagiosi.

8. Vajuolo { nei vaccinati / nei non vaccinati.
9. Morbillo.
10. Scarlattina.
11. Risipola.
12. Febbre migliare.
13. Febbre tifoide (ileotifo, tifo addominale).
14. Tifo petecchiale (tifo esantematico).
15. Tifo cerebro-spinale (meningite cerebro spinale epidemica).
16. Difterite.
17. Croup.
18. Ipertosse (tosse convulsa).
19. Grippe o influenza.
20. Febbri da malaria.
21. Dissenteria.
22. Cholera asiatico.
23. Sifilide.
24. Pioemia.
25. Uremia.
26. Gangrena nosocomiale.
27. Pustola maligna, carbonchio.
28. Moccio (farcino, cimurro).
29. Setticoemia (spontanea; da inoculazione).
30. Altre.

(1) Se ne indichi la specie.

Classe III.

Morbi costituzionali.

31. Debolezza congenita.
32. Scrofola.
33. Rachitide.
34. Osteomalacia.
35. Oligoemia. (Anemia). Clorosi. Leucocitemia. Idremia. (Anasarca).
36. Scorbuto.
37. Porpora emorragica.
38. Tubercolosi (tubercolosi miliare acta, tisi, consunzione).
39. Tabe mesenterica.
40. Marasmo. Tabe senile.
41. Cachessia palustre.
42. Pellagra.
43. Reumatismo articolare.
44. Gotta.
45. Diabete mellito (Glicosuria).
46. Tumori maligni (cancro, sarcoma, ecc.) (1).
47. Lebbra (Mal di Comacchio, Elefantiasi de'Greci).
48. Altre.

Classe IV.

Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi speciali.

49. Congestione ed emorragia cerebrale (apoplessia).
50. Meningite, Encefalite.
51. Rammollimento cerebrale.
52. Idrocefalo.
53. Mielite e meningite spinale.
54. Tabe dorsale (Atassia locomotrice progressiva).
55. Tumori cerebrali ed intracranici.
56. Tumori spinali ed intrarachidei.
57. Epilessia.
58. Corea.
59. Tetano e trisma (traumatico-reumatico).
60. Eclampsia (convulsioni essenziali dei bambini).
61. Successioni della pazzia (demenza paralitica, ecc.).
62. Flemmone dell'occhio.
63. Otite.
64. Altre.

Classe V.

Malattie dell'apparato respiratorio.

65. Delle fosse nasali (Tumori, epistassi, ecc.).
66. Della trachea e laringe. (Spasmo e edema della glottide, laringite, ascesso della laringe, tumori, ecc.).
67. Dei Bronchi (Bronchite, bronchiectasia, bronchite capillare, ecc.)
68. Della Pleura e del Mediastino (Pleurite, idrotorace, pneumotorace, empiema, tumori, ecc.).
69. Dei Polmoni. (Pneumonite, congestione, apoplessia, edema, ecc.).
70. Del diaframma. (Paralisi, ernia, ecc., ascesso, enfisema, gangrena, ecc.).
71. Della tiroide (Gozzo, ascesso, ecc.).
72. Asma.
73. Altre.

---

(1) Si indichi se diffuso o circoscritto, ed in quale organo ha sede.

Classe VI.
Malattie dell'apparato circolatorio.

74. Dei vasi, arterie, vene, linfatici. (Aneurisma, flebite, emorragia (1) linfangoite, ecc.).
75. Del cuore (Endocardite, rottura, vizio organico, ecc.).
76. Del pericardio (Pericardite, idropericardite, ecc.).
77. Angina pectoris.
78. Sincope.
79. Altre.

Classe VII.
Malattie dell'apparecchio digerente.

80. Bocca (Afte, gangrena, ecc.).
81. Lingua (Glossite, ecc.).
82. Parotide (Parotite, ecc.).
83. Faringe, Tonsille, Esofago. (Tumore, ascesso, restringimento, ecc.).
84. Stomaco (Gastrite, ecc.).
85. Fegato (Epatite, cirrosi, echinococchi, ecc.).
86. Milza (Splenite, rottura, tumori, ecc.).
87. Pancreas. (Tumori, ecc.).
88. Intestini. (Enterite, diarrea, cholera indigeno, tumori, ernia, occlusione, vermi, restringimento, ecc.).
89. Idrope-ascite.
90. Ittero grave.
91. Altre.

Classe VIII.
Malattie dell'apparecchio uropojetico e genitale.

92. Reni e capsule soprarrenali (Nefrite, albuminuria, ascesso, calcoli, tumori, morbo d'Addison, ecc.).
93. Vescica (Cistite, catarro, calcoli, tumori, fistola, paralisi, ascesso, ecc).
94. Uretra e prostata (Fistola, ascesso, ipertrofia della prostata, ecc.).
95. Testicoli (Tumori, ecc.).
96. Ovaia. (Ovarite, cisti, idrope, tumori, ecc.).
97. Utero e vagina (Malattie non puerper., metrite, ematocele, metrorragia, tumori, ecc.).
98. Mammella (Ascesso, tumori).
99. Altre.

Classe IX.
Malattie di gravidanza, parto e puerperio.

100. Metrorragia.
101. Eclampsia.
102. Febbre puerperale.
103. Pelvi-peritonite.
104. Altre.

Classe X.
Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo.

105. Flemmone e ascesso.
106. Gangrena.
107. Favo.
108. Pemfigo.
109. Altre.

---

(1) Quando sia nota la fonte della perdita del sangue, l'indicazione si fa alla sede rispettiva: p. es, *Pneumorragia* (Classe V), *Enterorragia* (Classe VII).

Classe XI.
Malattie dell'apparato locomotore.

110. Ossa. (Fratture, lussazioni, osteite, osteomielite, carie, necrosi, ecc.).
111. Articolazioni (Tumori bianchi, artrocace, ecc.).
112. Male di Pott.
113. Muscoli (Psoite, ascesso della fossa iliaca, atrofia progressiva).
114. Altre.

Classe XII.
Morti accidentali.

115. Abuso di bevande spiritose.
116. Annegamento.
117. Assideramento.
118. Caduta.
119. Esplosione di polvere o dinamite, di armi da fuoco, di mine, ecc.
120. Estenuazione.
121. Idrofobia.
122. Introduzione di sostanze venefiche (1).
123. Insolazione.
124. Lesioni per macchine agrarie e industriali.
125. Morsi di vipera o di altri animali velenosi.
126. Schiacciamento: per frane entro cave o miniere; per altre frane, o per valanghe di neve; per caduta di alberi o d' altri corpi; sotto veicoli o cavalli; sotto convogli ferroviari.
127. Scoppio di fulmine.
128. Soffocamento e asfissia.
129. Violenze di animali.
130 Ustioni.
131. Cause ignote e diverse.

Classe XIII.
Suicidj.

132. Annegamento.
133. Avvelenamento.
134. Asfissia.
135. Con armi da fuoco.
136. Con armi da taglio.
137. Impiccamento.
138. Precipitazione dall'alto.
139. Schiacciamento sotto convogli ferroviari.
140. Mezzi ignoti e diversi.

Classe XIV.

141. *Omicidj.*

Classe XV.

142. *Esecuzioni capitali.*

Classe XVI.

143. *Cause ignote o non specificate.*

---

(1) Si avverta se l'avvelenamento è accidentale, oppure professionale, cioè avvenuto in conseguenza dell'esercizio di qualche arte o mestiere, adoprando, ad esempio, piombo, mercurio, ecc.

V. *Istruzioni al personale sanitario intorno al metodo di accertare le cause di morte.* — 1.° Quante volte accada che le malattie degl'infermi sotto cura medica o chirurgica abbiano esito letale, gli esercenti l'arte salutare avranno cura di stendere, secondo l'unito modello a stampa, un certificato in cui venga esposto coi più chiari ed esatti termini possibili, e come loro risulta per scienza e coscienza, *quale sia stata la causa della morte.*

2.° L'indicazione della causa di morte sarà fatta tanto sul foglio I, che il medico dovrà ritenere presso di sè, per ogni eventuale riscontro, quanto sul foglio II, che consegnerà alla famiglia, ed in mancanza di questa, al padrone di casa, ad un vicino o ad una delle persone che assistettero il malato, affinchè tale documento sia portato all'ufficio di stato civile, nello stesso tempo in cui si andrà a denunciare il caso di morte e a domandare il permesso di seppellimento.

Il medico rilascierà il certificato, anche quando fosse stato chiamato all'estremo momento; ma di ciò farà speciale avvertenza, se la giudichi necessaria o conveniente.

3.° Quando uno muoja in uno stabilimento pubblico, il certificato della causa di morte può venire trasmesso, insieme con la notificazione della medesima, per lettera d'ufficio.

4.° Affinchè possa tornare più facile il lavoro riassuntivo, s'invitano i signori medici a fare preferibilmente uso, per indicare le malattie dei termini espressi nell'elenco sistematico delle cause di morte, stampato sul certificato.

5.° Ove facessero uso di denominazioni diverse, i signori medici sono pregati di segnare, di seguito alle medesime e fra parentesi, quella denominazione dell'elenco, che più corrisponda all'altra da essi preferita.

6.° Nel massimo numero dei casi, quando la morte sia avvenuta per conseguenza diretta di una malattia senza complicazioni, basterà scrivere nel certificato il nome della malattia stessa; per esempio, quando quella sia una conseguenza diretta di vajuolo, di morbillo, di colèra, di polmonite, di meningite, di pericardite, ecc.

7.° Quando a produrre la morte sia insorto un accidente, che può essere comune a varie specie morbose, converrà scrivere, l'uno sotto l'altro, il morbo e l'accidente terminale nell'ordine di loro apparizione e non nel presunto ordine di importanza.

Esempio. Malattia prima: tubercolosi polmonare. Accidente terminale: pneumorragia.

Altro esempio. Malattia prima: febbre tifoidea. Accidente terminale: peritonite da perforazione intestinale.

8.° I chirurghi, in caso di morte avvenuta in seguito di operazione, noteranno sul certificato:

a) La malattia od accidente causa immediata della morte, come pioemia, risipola, emorragia, sincope, ecc., che insorse durante o dopo l'operazione;

b) L'operazione eseguita;

c) La malattia o lesione primaria.

Esempio. — Tumore bianco al ginocchio destro — Amputazione della coscia — Pioemia.

Altro esempio. — Aneurisma da ferita dell'iliaca esterna — Legatura dell'iliaca primitiva — Emorragia interna.

9.° Se una malattia sarà sopravvenuta durante la gravidanza o il puerperio, si farà menzione anche di questa circostanza nel certificato, sebbene la malattia stessa non abbia stretta attinenza coll'uno o coll'altro stato.

10.° Alcune volte accade che la natura di una malattia mortale non possa essere conosciuta neppure in seguito ad attenta necroscopia, e più spesso ancora perchè non potè aprirsi il cadavere. In simili casi varrà meglio indicare uno dei sintomi più appariscenti e più gravi che accompagnarono la malattia predetta, anzichè formulare una diagnosi ipotetica. Lo stato d'incertezza verrà indicato con un punto d'interrogazione, dopo scritta la dubbia causa di morte.

Così per esempio, anasarca (?), convulsioni (?).

11.° Quando un individuo sia morto senza precedente cura od assistenza medica, il necroscopo, nello ispezionare il cadavere, rilascierà egli stesso il certificato medico, procurando di farsi un'idea della causa della morte, dall'esame esterno del cadavere, dalle notizie apprese dai parenti del defunto, ovvero, quando ne abbia ottenuto il permesso, mediante l'autopsia.

12.° Se malgrado tutte le indagini non sarà stato possibile farsi un giusto concetto della causa della morte, si scriverà al posto della malattia la parola: *ignota.*

13.° Nei casi di morte violenta o sospetta, in cui è aperta un'inchiesta dall'autorità giudiziaria, la dichiarazione della causa di morte sarà fatta dal perito medico.

14.° Il medico o chirurgo, chiamato dall'autorità politica o giudiziaria ad accertare il fatto di una morte violenta, raccogliendo gli elementi per determinare quale sia stata la causa della morte, cercherà di poter rispondere, nel verbale che dovrà essere mandato all'ufficio di stato civile, alle tre seguenti domande:

1.ª Quale fu la lesione, ferita o malattia riscontrata nel corpo dell'individuo, per la quale egli dovette morire?

2.ª Quale fu l'arma o lo strumento che ne cagionava la morte?

3.ª Si tratta di suicidio, o di omicidio o di morte accidentale?

Quando non sia accertato da che sia stata causata la morte violenta, dirà quale sia la causa supposta.

Nei casi in cui sia posto fuori dubbio un avvelenamento, dirà, per quanto è possibile, quale fu la sostanza tossica adoperata.

Comitato promotore del monumento a Lazzaro Spallanzani in Scandiano. — La proposta di erigere un monumento a Lazzaro Spallanzani, è stata prima che altrove vagheggiata ed ordinata a Scandiano, dove nel 1729 nacque questo insigne naturalista, all'intento di rendere meritato tributo di onore, a chi aveva con ingegno altissimo ed opere immortali resa famosa la propria terra. Tale proposta comunicata nelle prossime città di Reggio, ove lo Spallanzani andò a studio ancor giovinetto e tenne poi cattedra, e di Modena della cui Università fu per diversi anni onore e vanto, trovò plauso ed animi disposti a mandarla ad effetto, parendo a molti doveroso l'adoperarsi a cessar la vergogna, per inerzia non per oblio già troppo a lungo continuata, che nessun monumento sorgesse ancora al fondatore della Fisiologia sperimentale, a cui tante profonde osservazioni ed utili scoperte devono insieme la civiltà e la scienza.

A quest'effetto si costituì a Scandiano, a Reggio ed a Modena un Comitato promotore con l'ufficio di cercare adesioni e raccogliere offerte, non pure nelle altre città d'Italia, ma altresì nelle straniere dove furono principi che lo Spallanzani onorarono, scienziati illustri che lo vollero amico, Università che lo cercarono insegnante, accademie che lo elessero Socio, e si gloriarono d'averlo corrispondente, ed ove oggi se ne insegnano le dottrine.

E se, come giova sperare, l'opera del Comitato promotore conseguirà l'effetto che si desidera, il monumento sarà condotto in *marmo*, e sarà più o meno splendido, secondo la somma raccolta, e verrà solennemente inaugurato a Scandiano (se più presto nol consentono i mezzi e le circostanze) il 21 agosto 1885, nel qual giorno ricorre il centenario dell'imbarco dello Spallanzani a Venezia pel suo memorabile viaggio di Oriente.

Frattanto il Comitato, ove le offerte ne procaccino i mezzi, provvederà che gli scritti dello Spallanzani riveggano la luce in nuova ed accurata edizione, in cui saranno pure accolti gli importantissimi, non ancora pubblicati, allo studio dei quali, attendono già da tempo, e con amore, laboriosi ingegni, affinchè nello stesso giorno al Monumento che a Lui si volle innalzato dalla reverente ammirazione dei posteri, si aggiunga l'altro più durevole che egli eresse a sè medesimo con opere maravigliose.

Il Comitato nutre fiducia, che al suo divisamento arrideranno sorti propizie, e che al presente invito risponderanno favorevoli non pure le città che furono sede onorata agli studi di Lazzaro Spallanzani, ma farà plauso tutta Italia, memore che in tempi d'oblio sciagurato e di servitù gravissima, egli fu uno dei grandi, che ne fecero il nome riverito ed amato, illustrando la scienza.

Norme per la sottoscrizione.

1.° Le schede di sottoscrizione vengono divise in quattro serie, e au-

merate progressivamente per ciascuna serie corrispondente ad ognuna delle Sezione del Comitato.

2.° I sottoscrittori ed i collettori sieno membri del Comitato od estranei, e così pure gli uffici di giornali e gli enti morali rispondono di ciascuna scheda loro consegnata e delle offerte che avranno sottoscritte o riscosse.

3.° Le offerte private si fanno per qualunque cifra. Le offerte degli enti morali si fanno per azioni, di *Lire cinque* ciascuna.

4.° I sottoscrittori oltre la loro firma apporranno nella apposita colonna l'indicazione della loro offerta in cifra ed in parole e nella colonna *osservazioni* si annoterà il pagamento che non potrà essere protratto oltre due mesi dalla sottoscrizione.

5.° Le schede colle sottoscrizioni saranno dal *consegnatario* trasmesse alla Presidenza della Sezione di Scandiano insieme alle somme in vaglia postale o lettera raccomandata, e dovranno pure rimettersi entro trè mesi quelle in cui non fosse stato inscritto alcun nome.

6.° Le somme riscosse di mano in mano verranno a cura della Commissione esecutiva investite presso qualche istituto di credito in libretti intestati *Comitato Promotore del Monumento a Lazzaro Spallanzani.*

7.° I nomi dei sottoscrittori, coll'indicazione della relativa offerta saranno pubblicati in un giornale di Reggio ed in uno di Modena.

A sottoscrizione chiusa le schede saranno rilegate in volumi da conservarsi nell'Archivio Municipale di Scandiano.

Le offerte vanno dirette al *Comitato Promotore del Monumento a Lazzaro Spallanzani* (Scandiano-Emilia): la Direzione degli *Annali Universali di medicina* è pure incaricata di riceverne, e le riceverà in Pavia all'indirizzo del prof. Alfonso Corradi.

Difterite in Russia. — Dal 1872 al 1877 la difterite nelle provincie meridionali della Russia ha fatto strage più di qualsiasi altra epidemia. Incominciava nella Bessarabia nel 1872 e sempre più s'estendeva negli anni successivi: si calcola che in tale tempo abbia tolto di vita 12,000 fanciulli. La mortalità del 27 per 100 giunge sino a 73; in media è 49. Epperò essa è una volta e mezzo più grave del vajuolo e della scarlattina, tre volte più del morbillo, quattro volte più del tifo ed otto volte più dalla tosse ferina. Colpisce quasi sempre fanciulli o poco più che adolescenti: 81 volte su 100 il malato non passa i 20 anni; dei morti la metà è di bambini da 5 anni, un terzo di fanciulli da 5 a 10 anni, soltanto 1/50 varca il 20.° anno.

Nel solo governo di Tchernigov i casi seno stati non meno di 12,000. Finora, cioè fino al 1877, nulla venne fatto per combattere sì grave flagello, o i provvedimenti presi riescirono affatto insufficienti.

In Russia spetta alle Assemblee provinciali (*Zemstroes*) di curare la pubblica salute; ma quasi mai ne hanno i mezzi: costa troppo mantenere un medico in un villaggio russo; v' hanno anzi non pochi distretti

che ne sono senza, quantunque il distretto spesso comprenda parecchie centinaja di villaggi. Alcune *Zemstroes* tengono un medico; la cui cura s'estende senz'altri ajuti a paese più vasto de' maggiori principati di Germania. I distretti più ricchi hanno, è vero, due o tre, perfino cinque o sei medici; ma anche per questi il territorio di cura s'estende da 40 a 100 chilometri, che poi assolutamente è impossibile percorrere nella cattiva stagione, in primavera al tempo delle pioggie. In un distretto del governo di Poltava la difterite fece strage per un anno, prima che si pensasse di chiamare un medico. L'igiene poi è cosa assolutamente sconosciuta nelle campagne russe: è difficilissimo separare i malati, la casa del cantadino non essendo di solito altro che una stanza: rari gli ospitali, nè i malati vogliono andarvi.

L'ospitale dei difterici a Korsk rimase vuoto non appena vi moriva uno de' fanciulli che di mala voglia v'era stato portato. Si oppongono anche i pregiudizj; e la poca fortuna delle cure mediche valgono più a mantenerli che a correggerli. Qualche miglioramento pare che oggi siasi ottenuto mercè allo zelo della *Società della croce Rossa di Ginevra*, la quale procura di soccorrere i paesi meno provveduti e maggiormente percossi (*Union médicale* 1880, N. 149, p. 788).

Ippofagia in Francia. — Pare che l'ippofagia vado facendo grandi progressi a Parigi e in tutte le principali città della Francia: di fatto nel 1866, anno in cui venne fondata la Società per incoraggiare a far uso di carne equina, non se ne mangiarono che 171,300 libbre, nel 1879 invece se ne mangiarono quasi 12 volte tanto, cioè 1,982,620. (*Gaz. uffic.* 1880, N. 246, p. 4362).

Recenti pubblicazioni mediche.

Allen Grant. « Der Farbensinn. Sein Ursprung u. seine Entwicklung. » « Ein Beitrag zur vergleich. Psychologie. Deutsche Ausg. von E. Krause. » Leipzig, in-8.°, pag. xxii-274.

Barelli H. « Les alcools et l'alcoolisme. » Bruxelles, in-8.°, p. 167.

Barwell R. « On aneurism, especially of the Thorax and root of the neck. » London, in-8.°, pag. 116.

Bouchut E. « Compendium annuel de Thérapeutique française et étrangère, pour 1880. » Paris, in-8.°

Brügelmann W. « Die Inhalationstherapie bei den Krankheiten der Brust, des Halses u. der Nase. 3. sehr, verm. Aufl. » Leipzig, in-8.°, pag. viii-162, con 3 tavole.

Bumstead F. J. « The pathology and treatment of general diseases; including the results of recent investigations upon the subject. » 4. ed. Philadelphia, in-8.°, pag. 935.

Championnière J. L. « Chirurgie antiseptique: principes, modes d'application et résultats du pansement de Lister. 2.° éd. » Paris, in-8.°, con 15 fig.

Charcot I. M. « Lezioni sulle malattie del sistema nervoso. » Trad. da A. Scambellurì. Napoli, in-8.°, pag. 384, con 26 figure e 10 tav.

Dumas L. « De l'albuminurie chez la femme enceinte. » Paris, in-8.°

Erb W. « Ueber die neure Entwicklung der Nervenpathologie u. ihre Bedeutung für den medicin. Unterricht. » Leipzig, in-8.°, pag. 30.

Fort. « Regioni motrici delle circonvoluzioni cerebrali », trad. da P. Serra. Forlì, in-8.°, pag. 94.

Franke J. H. « Die Wissenschaft vom physischen, geistigen u. socialen Leben auf der Grundlage einer einheitlichen Weltanschauung. Ein ärztl. Wegweiser. 1. Hälfte. » Berlin, in-8.°, pag. IV-236.

Friedreich N. « Ueber die respirator. Aenderungen des Percussionsschalles am Thorax unter normalen u. patholog. Verhältnissen. » Leipzig, in-8.°, pag. 59.

Gaulard L. « De l'influence de la grossesse sur la tubercolose. » Paris, in-8.°

Gerlach J. « Beiträge zur normalen Anatomie des menschlichen Auges. » Leipzig, in-8.°, pag. IV-74, con 3 tav.

Goodell W. « Lessons in gynecology. 2. ed. » Philadelphia, in-8.°

Guibal R. « Du spasme uréthral. » Paris, in-4.°

Haake J. H. « Compendium der Geburtshülfe. 2. verb. Aufl. » Leipzig, in-8-°, pag. VI-266.

Hamecher H. « Das Celluloid, insbesondere als Befestigungsmittel für den künstl. Zahnersatz. » Berlin, in-8.°, pag. 54, con 7 fig.

Hammond W. « Trattato delle malattie del sistema nervoso. » Prima ediz. ital. sulla settima ed ultima americana, diretta ed annot. da D. Bonelli, Fasc. 1.° Napoli, in-8.°

Sarà un vol. di 24 fasc. da 48 pag. con circa 120 fig.

Handbuch. « Der Kinderkrankheiten. Bearb. von Hennig, v. Vierordt, Henke, etc. Hrsg, von C. Gerhardt. 4. Bd. 2. Abth. Bog. 22-Schluss u. 5. Bd. 1. Abth. 2. Hälfte. » Tübingen, in-8.°, fig.

Cont.: IV. 2 « Die Krankheiten der Verdauungsorgane von H Bohn, O. Kohts, etc. » Bog. 22-Schluss. L. 18. — V. 1. « Die Krankheiten des Nervensystems II. Von A. Seelingmüller u. A Steffen. »

Handbuch. « Der Allgemeinen Therapie, Hrsg. von H. v. Ziemssen. 1. Bd. 2. u. 3. Thl. Leipzig, in-8.°, pag. VIII 326 e 131.

Cont.: « Antipyretische Heilmethoden von C. Liebermeister. Antiphlogistische Heilmethoden von Th. Jürgensen. Percutane, intracutane u. subcutane Arznei-Application von A. Eulenburg. »

Hardwicke H. J. « Medical education and practice in all parts of the wordl. » London, in-8.°

Hirigoyen L. « De l'influence des déviations de la colonne vertébrale sur la conformation du bassin. » Paris, in-8.°, fig.

Hutchinson J. C. « Contributions to orthopedic surgery. » New York, in-8.°, pag. 121.

Hyrtl J. « Onomatologia anatomica. Geschichte u. Kritik der anatom.

Sprache der Gegenwart. Mit besond. Berücksicht. ihrer Barbarismen, Widersinnigkeiten, Tropen u. grammatikal. Fehler. » Wien, in-8.° pag. xvi-626.

Joffroy A. « Des différentes formes de la bronchopneumonie. » Paris, in-8.°.

Kirmisson E. « De l'anémie consécutive aux hémorrhagies traumat. et de son influence sur la marche des blessures. Paris, in-8.°

Lefour R. « Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. » Paris, in-8.°, con tav.

Levrat J. « Des embolies veineuses, d'origine traumatique. » Paris, in-8.°

Loewenberg B. « I tumori adenoidi del faringe nasale, loro influenza su l'udito, la respirazione e la fonazione, loro trattamento. » Napoli-Roma, pag. 80.

Mendel E. « Die progressive Paralyse der Irren. » Berlin, in-8.°, pagina xii-352, con 12 tav. color.

Moncorvo. « Du rhumatisme chronique noueux des enfants et de son traitement. « Trad. du portugais et annoté par E. Mauriac. Paris, in-8.°

Mosso A. « Sulla circolazione del sangue nel cervello dell' uomo » ricerche sfigmograf. Roma, in-4.°, pag. 127, con 86 fig. e 9 tav.

Neumann J. « Lehrbuch der Hautkrankheiten. 5. verm. Aufl. » Wien, in-8.°, pag. x-667, con 108 fig. e tav.

Nothnagel H. et *Rossbach M. J.* « Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique. » Trad. et annoté par J. Alquier. Paris, in-8.°

Nowak J. « Lehrbuch der Hygiene. Systematische Zusammenstellg. der wichtigsten hygien. Lehrsätze u. Untersuchungs-Methoden. Lief. 1. 2. » Wien, in-8.°. pag. 192, con molte fig.

Pagenstecher H. et *Genth C.* « Atlas d'anatomie pathologique de l'œil. Traduit par Parent. Précédé d'une preface de Galezowski. Paris, in-4.°, con 38 tav. in rame.

Planteau H. « Spermatogenèse et fécondation. » Paris, in-8.°, con 2 tavole.

Porak C. « De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur. » Paris, in-8.°

Poullet J, « De l'hydrocéphale fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. » Paris, in-8.°

Ribemont A. « Des hémorrhagies chez le nouveau né » Paris, in-8.°

Robin L. « De l'électro-puncture dans la cure des anévrismes intra-thoraciques. » Paris, in-8.°.

Sappey F. C. « Trattato di anatomia descrittiva, con più di mille figure colorate e nere. » Prima ediz. ital. sull'ultima originale (1878), da A. Raffaele, riscontrata per la parte tecnica da G. Antonelli. Vol. III. fasc. 12 a 15 (pag. 192 con 78 fig.), e Vol. IV, fasc. 1 e 2 (pag. 96, con 13 fig.). Napoli-Roma, in-8.° gr.

Saranno 4 vol. di complessivi fasc. 70 da 48 pag.

Schneider G. H. « Die psychologische Ursache der hypnotischen Erscheinungen. » Leipzig, in-8.°, pag. 3q.

Schüssler. « Eine abgekürzte Therapie, gegründet auf Histologie u. Cellular-Pathologie. Anleitung zur Behandlg. der Krankheiten auf biochem. Wege. 6. Aufl. « Oidenburg, in-8.°, pag. 68.

Schwartz C. E. « Des ostéosarcomes des membres. » Paris, in-8.°

Steiner F. « Sui metodi moderni della cura delle ferite e sulla loro tecnica. » Trad. da P. Lupò. 2.ª ediz. Napoli-Roma, in-8.° gr., pag. 104 con 8 fig.

Tédenat E. « Des gelures. » Paris, in-4.°

Thompson H. « Traité pratique des maladies des voies urinaires. » Trad. de E. Martin, E. Labarraque et V. Campenon. 3.° éd. 1.er Partie. Paris, in-8.°, fig.

Viault F. « Le corps de Wolff. » Paris, in-4.°

Waldenburg L. « Die pneumatische Behandlung der Respirations-u. Circulationskrankeiten im Anschluss an die Pneumatometrie u. Spirometrie. 2. verm. Aufl. » Berlin, in-8.°, pag. x-618.

Winckel F. « Die Pathologie der weiblichen Sexual-Organe in Lichtdruck-Abbildungen nach der Natur, in Orig.-Grösse, durch anatom. u. klin. Erfahrgn. erlautert. 11. u. 12. Lief. » Leipzig, in-4, con 6 eliotip.

Opere presentate alla Direzione degli *Annali Universali di Medicina*.

Amadei Giuseppe. « Il processo paroccipitale e la *pars mastoidea* del temporale dei mammiferi nell'uomo. » Nota. « Arch. d' Antrop. Etnol. » X. 2.° Firenze.

Angelucci D. G. « Contributo allo studio delle localizzazioni cerebrali. » Nota clinica. « Raccogl. Med. », 1880.

Angelucci Giovanni. « Coprostasi ostinata durata 35 giorni in un malato di melancolia catalettica. » Storia clinica e considerazioni. « Sperimentale », 1880.

Auspitz. « I buboni della regione inguinale e la loro cura. » Vers. ital. di Giovanni Bini, maggiore medico. « La Clinica contemporanea. » Dispensa 12.ª, serie 2.ª Napoli 1880.

Bianchi Leonardo. « Sul significato della eccitazione elettrica della zona motrice corticale contribuzione sperimentale e brevi considerazioni. » Napoli, A. Trani, 1880, 8.°

Bloch Adolphe. « L'e froide ses propriétés et son emploi principalement dans l'état nerveux. » Paris, Baillière, 1880, 8.°

Cambria Domenico e *Trombetta Francesco.* « La prima ovariotomia in Messina fatta col metodo antisettico e seguita da rapida guarigione. » Messina 1879.

Canetta Pietro. « Cenni sull'Ospedale Maggiore di Milano e sulla sua beneficenza », ecc. Milano 1880.

Cervello Vincenzo. « Sull'azione fisiologica dei cloruri di ferro. » Studio sperimentale. Torino 1880.

Cigolotti Prospero. « Caso di paralisi bulbare progressiva. » « Morgagni », 1880. Napoli 1880.

Colombo Giuseppe. « Medicazione antisettica. » Nota. « Gazz. Med. Ital. Lomb. » Milano 1880.

Conti A. « Vie di trasmissione della sensibilità tattile nel midollo spinale. » Sassari 1880.

Cruveilhier Luigi. « Elementi d'Igiene generale, 1.ª traduzione ital. sulla 5.ª ediz. franc. del dott. G. d'Elia. » Napoli-Roma, Deklen 1880.

Cuzzi Alessandro. « Due casi di recidiva di febbre da malaria dovuta al traumatismo del parto. » Milano 1880.

« Esposizione industriale italiana. » Milano 1881. Gruppo IX. Arti liberali. Classe 53.ª Istrumenti chirurgici e prodotti della tecnica chirurgica. Programma speciale.

« Giornale internazionale delle Scienze mediche », ecc., fascicoli 6, 7, 8. Napoli 1880.

Hammond W. « Trattato delle malattie del sistema nervoso », ecc., fasc. 2.° e 3.° Napoli 1880.

Janssens E. « Prophylaxie administrative contro la propagation des maladies contagieuses et spécialement de la variole. » Bruxelles 1880.

Janssens E. « De l'inspection hygiényque et médicale dans les écoles. » Bruxelles 1880.

Kaposi Moritz. « Manuale di patologia e terapia delle malattie cutanee », ecc., fasc. 5.° Napoli 1880.

Littré e *Robin.* « Dizionario di Medicina e Chirurgia », ecc. 1.ª Ed. ital. Napoli 1880, fasc. 3.°

Machiavelli Paolo. « Elettro-ago-puntura in voluminoso aneurisma dell'arco aortico manifesto come grosso tumore fuori del petto. » Relazione. « Gazz med. Ital. Lomb. », 1880.

Machiavelli Paolo. « Avvelenamento per solfato neutro di atropina. » Relazione. Milano 1880. « Gazz. med. Ital. Lomb. »

Maggiorani Carlo. « Influenza del magnetismo sulla vita animale. » Napoli 1880.

Malgaigne G. F. « Manuale di Medicina Operatoria », ecc., fasc. 5.° Napoli 1880.

Maragliano Edoardo. « La temperatura cerebrale. » Ricerche critiche e sperimentali. Bologna 1880.

Marchioli Giovanni. « I versamenti endo-pleurici e la paracentesi. Osserv. cliniche. Milano 1880.

Marchisio Bartolomeo. « Della cura della difterite specialmente a forma cruposa colle inalazioni di vapore acqueo. » « Movimento Med. Chir. », 1880.

Martin A. J. « Essai d'organisation de la Médecine publique en France. » Paris 1880.

Martin A. J. « Les revendications de l'hygiène publique en France. » Paris 1880.

Mauro Michele. « Della statistica intorno alle cause di morte. » Studio intorno alle malattie locali. Giovinazzo 1880.

Millot-Carpentier G. « Notes chirurgicales d'un médecin de campagne pour aider à la statistique (années 1876-77-78-79). » Cambrai 1880.

« Ministero d'Agricoltura Industria e Commercio. » « Annali d'Agricoltura. » N. 18. « La pellagra in Italia », 1879. Roma 1880.

Mori. « Rapporto statistico sullo stato sanitario durante il 1.° trimestre 1880, id. durante il 2.° trimestre. » Cesena.

Morselli Enrico. « Le scuole per i fanciulli idioti ed epilettici. » « Riv. Benef. Pubb. » Milano 1880.

Morselli E. e *Angelucci G.* « Parere medico-forense sullo stato mentale di un uxoricida. » Reggio nell'Emilia 1880.

Morselli E. e *Angelucci G.* « Omicidio improvviso — Tentativo di suicidio — Lipemania allucinatoria — Perizia medica. » « Giornale intern. Sc. Med. » Napoli 1880.

Mucci Domenico. « Nuova legge elettrofisiologica relativa all'elettrotono interpolare. » « Lo Sperimentale », settembre 1880.

Peruzzi D. « Taglio cesareo completato dall'amputazione utero-ovarica. » 25.° nella Statistica italiana. « Raccoglitore Medico. » Forlì 1880.

Peruzzi Domenico. « La seconda centuria d' ovariotomia in Italia. » Statistica, e considerazioni pratiche. « Raccoglitore Medico. » Forlì 1880.

Pigliacelli Luigi. « Il solfo e l'acido solforoso nel vajuolo. » Lettera al prof. Giovanni Polli. « Annali di Chimica. » Milano 1873.

Pini Gaetano « La cremazione dei morti. » Ricordi e notizie. Milano, Civelli, 1880.

Proksch J. K. « Die Antimercurialisten des des XV und XVI Jahrhunderts. Ein Beitrag zur Geschichte der Syphilistherapie. » « Med. Chir. Central-Blatt », N. 30. Wien 1880.

Reder. « Della Lissa, rabbia canina, idrofobia. » « La Chirurgia moderna », ecc. Napoli, Detken 1880, fasc. 2.°

Reich Eduard. « Die Frage der Bevölkerung. » Gesundheit-Frankfurt, 1880, N. 13.

« Rivista della Beneficenza pubblica e degli Istituti di previdenza. » Anno VIII, N. 9-10 settembre e ottobre 1880. Milano.

Robinski. « De l'influence des eaux malsaines sur le développement du typhus exanthématique demontrée par des observations. » Paris 1880.

Romiti Guglielmo. « Di alcune varietà ossee illustrate. » Napoli 1880. « Dal Giornale internazionale di Scienze mediche. »

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

VARIETÀ.

PRIMO CONGRESSO INTERNAZIONALE DI LARINGOLOGIA

tenuto in Milano dal 2 al 5 settembre.

1.ª Adunanza.

Il Congresso venne aperto con acconcie parole dal dott. Labus, il quale poi, da presidente della Commissione promotrice, fu eletto presidente effettivo del Congresso medesimo (1).

Accettavasi quindi il regolamento provvisoriamente compilato per cura del Comitato promotore, ritenendosi inoltre che i venturi Congressi internazionali di laringologia debbansi tenere ogni due anni come avviene per i Congressi internazionali di altri rami speciali della medicina.

Dopo ciò cominciava la lettura dei lavori annunciati.

I. *Fourniè E.* (di Parigi). « Della voce eunocoide e della sua cura. »

L'Autore comincia dal ricordare in poche parole le condizioni della formazione dei suoni vocali: la cui conoscenza crede indispensabile per istabilire nettamente i caratteri della *voce eunucoide*. La teoria di J. Müller, secondo la quale i suoni vocali produconsi per via di un meccanismo analogo a quello delle membrane vibranti, è stata quella che più si avvicinava al vero, ma vi mancava la conoscenza dell'elemento più essenziale, la conoscenza cioè del vero corpo sonoro. Müller infatti credeva che le corde vocali vibrassero nella loro totalità: e una simile inesattezza, dice il Fournié, ne ha reso inaccettabile la teoria. Nel 1864 cominciarono gli studi del relatore per arrivare alla conoscenza del corpo che fornisce *esclusivamente* le vibrazioni caratteristiche dei suoni vocali: e le ricerche da lui instituite lo condussero a scoprire che questo corpo è rappresentato dalla piega mucosa che si protende dal margine libero delle corde vocali sotto l'influenza del passaggio dell'aria, quando i ligamenti vocali si trovan ravvicinati. Tant'è ciò vero che se si soffia attraverso la glottide d'un laringe tolto ad un cadavere avendo avuto la precauzione di avvicinarne i margini si ha la formazione di un suono distinto, che invano si cercherebbe produrre collo stesso laringe una volta che fosse stata tolta la piega mucosa che guarnisce il bordo libero delle corde vocali. Dunque, ne deduce il relatore, è codesta ripie-

---

(1) Vice presidenti gli altri membri del Comitato promotore, prof. Stoerk di Vienna, prof. Krishaber di Parigi, prof. Elsberg di Nuova York: a segretarj vennero eletti il prof. Zawerthal di Roma, il dott. Frua di Milano, il dott. Urbino di Firenze.

gatura membranosa, e non le corde vocali nella loro totalità, a cui si debbono le vibrazioni sonore, mentre altrettanto facilmente si spiega l'influenza che le cause più lievi sanno esercitare sulla integrità della voce (raffreddamento, inspirazione di pulviscolo irritante, traumatismo leggiero, ecc.). Una volta trovato il vero corpo sonoro, si capisce che il laringe deve essere paragonato a una pivetta membranosa, e il suono è prodotto dalle vibrazioni dei margini di questa pivetta. Restava a vedere però come l'umano laringe potesse produrre i toni compresi entro lo spazio di due a tre ottave. Partendo dal principio che le lamelle membranose non ponno modificare il loro tono che col variare della loro tensione e col mezzo di diminuzioni o di aumenti nel senso della lunghezza della rima loro frapposta, l'Autore cercò di ottenere i diversi toni sovra il laringe di un cadavere. La tensione delle corde vocali fu subito realizzata inclinando la cartilagine tiroide in avanti, e agendo sui muscoli crico-aritnoidei posteriori. Quanto alla diminuita occlusione della rima glottidea l'ottenne premendo sui muscoli tiro-aritnoidei dopo aver praticata un'apertura sulle piastre della cartilagine tiroidea. Applicando separatamente i due processi, cioè indirizzandosi soltanto all'uno od all'altro di codesti fattori, la tensione, o l'occlusione, non ebbe in ciascun caso che la formazione di 4-5 note. Combinando invece i due processi in modo da modificare la rima glottidea con un po' di tensione e alquanta occlusione per ogni nota ch'egli voleva produrre, arrivò ad ottenere tutte le note dei registri della voce umana. Onde, conclude il relatore, i toni si formano la mercè di questi due elementi: la tensione nel senso della lunghezza e la occlusione progressiva della glottide. Per rendere poi apprezzabili all'occhio codesti atti, Fournié immaginò di far costruire una pivetta in caoutchouc di cui si possono modificare le dimensioni nella lunghezza del pari che il grado di tensione colla semplice pressione delle dita su due molle: e ha chiamato codesto istrumento col nome di *Laringe artificiale*, perchè a suo avviso offre la riproduzione esatta degli atti laringei per la formazione dei suoni e de' toni. Guidato dalle sue teorie egli crede aver gettato una luce meridiana sulla maggior parte dei problemi riguardanti la fisiologia normale e patologica dell'organo della voce; i registri, la voce mista, la voce di petto, il metallo, ecc., ecc. Limitandosi per la intelligenza della patogenia della voce eunucoide a stabilire in che consista la *voce di petto*, la voce *mista* e quella di *falsetto*, il relatore asseriva che nella prima di codeste voci, caratterizzata dalla pienezza, dal volume della energia dei suoni, la glottide deve, ad ogni nota che dà, essere tesa e aperta in tali proporzioni che ciascuno dei due fattori la tensione e l'occlusione, separatamente preso, vi dia il maximum di effetti sonori. Nei suoni dati in voce di petto la glottide offre all'inspezione un'apertura leggermente elittica, ed esiste un armonico impiego fra il grado di tensione delle corde vocali e la lunghezza della rima glottidea. Se invece a produrre la stessa nota

non si impiega che una tensione maggiore delle corde vocali senza preoccuparsi del grado di occlusione della glottide si ottiene un suono meno pieno, meno voluminoso, una nota di *voce mista:* e la glottide si offre in forma di un V rovesciato. Finalmente se in luogo di tener conto della tensione delle corde vocali a produrre la stessa nota, si limita la lunghezza della rima vocale diminuendola, allora si ottiene un suono più dolce, una nota in *voce di falsetto.*

Venendo ora a registrare i caratteri della *voce eunucoide*, il relatore la definisce così: una specie di voce il cui diapason è più elevato di quanto il permetterebbero l'età, la statura, il sesso dell'individuo. Ben diversa dalla voce dolce, come di flauto o dei così detti *tenorini* il cui diapason non supera che di due o tre note quello ordinario, la voce eunucoide lo vince di circa un'ottava, ed è una vera e propria malattia, suscettibile di un efficace trattamento. Il laringe degli individui affetti da codesta infermità non presenta nulla d'anormale nella sua forma esteriore, nulla nei particolari della sua conformazione interna. Con tutto ciò facendo emettere un suono durante un esame laringoscopico, si vede chiaramente come le corde vocali pure avvicinandosi vicendevolmente, non si raggiungono al punto di loro inserzione posteriore, come deve invece avvenire delle corde di una laringe in atto di codesta funzione: sicchè esse anzichè limitare fra di loro uno spazio elittico, circoscrivono uno spazio triangolare a V rovesciato col vertice in avanti, l'apertura in addietro. Ora se ci rammentiamo che il laringe umano modifica i toni pel doppio processo della tensione e della occlusione della rima glottica, non si durerà fatica a comprendere che la voce eunucoide è prodotta dall'*impiego isolato della tensione* nella emissione del suono vocale e nelle sue toniche modificazioni. Raccogliendo accuratamente l'anamnesi dagli ammalati, risulta che in tutti all'epoca della muta della voce all'ingresso dell'epoca pubere, la voce fu notevolmente alterata; che rimasero più o meno afoni per qualche tempo, e che al riacquisto della voce essa offrì i caratteri dell'eunucoide. Ora si sa che il sopraggiungere della pubertà è accompagnato da uno sviluppo rapido, quasi tumultuario di tutte le parti dell'organo vocale: nè tale sviluppo si compie sempre con una data armonia: certe parti del laringe si sviluppano prontissimamente, altre con maggiore lentezza, e questo disordine si riflette poi nella configurazione della rima glottidea, giacchè nel caso concreto la cavità laringea si è ampliata troppo rapidamente e diventò esagerata relativamente alla lunghezza dei muscoli crico-anteroidei laterali e tiro-aritnoidei che si trovano così impotenti ad avvicinare fino al mutuo contatto le inserzioni posteriori delle corde vocali: ed ecco la forma a Λ della rima glottidea nella voce eunucoide. Il giovinetto assunse necessariamente l'abito di emettere i suoni col solo soccorso della tensione delle corde vocali: e il diapason della sua voce non è ridisceso in seguito perchè la tensione stessa crescendo progressivamente collo sviluppo degli agenti muscolari, ha con-

tinuato ad agire nella stessa misura malgrado lo sviluppo delle corde vocali nel senso della lunghezza.

Trattandosi adunque del risultato di una abitudine, ecco la cura proposta dal dott. Fournié:

1.° Far respirare profondamente e metodicamente colla bocca aperta: poi far succedere a questo respiro lento e silenzioso una respirazione lenta del pari, ma sonora durante la respirazione: e questo suono deve essere emesso come un sospiro, con un senso di prostrazione che lotta colla tensione abituale delle corde vocali.

2.° Far pronunciare una parola sillaba per sillaba, ed ognuna di queste colla stessa espirazione sonora cui abbiamo accennato.

3.° Far succedere a questo esercizio quello della lettura nelle stesse condizioni di sillabazione, ogni sillaba corrispondendo ad una espirazione sonora.

4.° Durante il tempo richiesto dalla cura (15-20 giorni) obbligare l'infermo ad astenersi dal parlare colla sua voce eunucoide abituale; dovendo il suo discorso essere sillabico e nel diapason basso appreso nei precedenti esercizi.

Tredici casi che Fourniè ebbe l'agio di trattare in questo modo nel lasso di 15 anni l'ha posto in grado di assicurare l'efficacia della cura ch'egli propone e che riuscì a meraviglia e costantemente nelle sue mani.

Krishaber di Parigi sorgendo a discutere le opinioni di Fournié relative alla fisiologia della voce negava assolutamente che al margine mucoso che guarnisce l'orlo libero delle corde vocali si debba la intensità del suono vocale: dichiarando invece che le sue esperienze praticate sui gatti, il cui laringe è fra quello degli animali il più vicino al laringe umano, lo ponevano in grado di ammettere che le vibrazioni delle corde vocali con o senza margine mucoso non danno che un suono debole se l'organo fonatore è allontanato dal tubo vocale d'aggiunta (cavità laringo-faringo-boccale). La conclusione di Krishaber è che la intensità dei suoni della voce anzichè alla piega mucosa di cui parla il Fournié è dovuta al tubo di aggiunta (1). Di più, aggiungeva il Krishaber, non si può accettare che lo strumento ideato ed esibito dal

---

(1) Il tema è così importante che ne piace ricordare come il Krishaber presentasse all'Accademia di Medicina di Parigi nella seduta del 12 ottobre u. sc. un lavoro dal titolo: *Recherches sur la voix au point de vue de l'intensité du son.* Le conclusioni di quella memoria chiamata ad illustrare le teorie svolte dall'Autore in seno al Congresso di cui diamo notizia e in risposta a quelle del dott. Fournié sono queste:

1.° Le corde vocali, generatrici del suono, ridotte a sè stesse, non producono che dei rumori debolissimi, il cui valore musicale è di difficile determinazione.

2.° L'intensità di questi suoni primitivi delle corde vocali è potentemente

Fournié, per rappresentarci il laringo umano, corrisponda fedelmente allo scopo. L'umano laringe è cosa ben più complessa che non sia l'apparecchio fonico di Fournié; e le leggi dedotte da un simile strumento non possono applicarsi alle particolarità di funzione fonica che spettano al laringe. Nè lo Schnitzler di Vienna volle accordato maggior valore alla teoria di Fournié sulla fisiologia della voce che s' allontana di tanto da quella universalmente accettata in Germania di G. Müller, senza ripetere col Krishaber che le osservazioni citate dal Fournié sulla formazione dei registri non sono nuove, giacchè assai prima di lui il Bataille ne aveva largamente parlato e scritto con perizia non comune.

II. *Ramon de la Sota* (Siviglia). « Dell'azione patologica del tabacco sulla gola. »

Giovandosi della storia clinica di un malato appartenente ad una famiglia in cui non potevasi disconoscere la diatesi reumatica, l'Autore asseriva che ad onta di questo precedente che avrebbe di leggieri potuto trarre in inganno l'uomo dell'arte, la forma ch' egli era chiamato a curare doveva schierarsi fra quelle che vengono originate e mantenute dall'azione locale del tabacco. A questo proposito aggiungeva il relatore che si potrebbero distinguere tre forme di angine da tabacco:

1.° L'*angina nicotinica eritematosa* dove la mucosa faringea non offre che una iperemia, ma nessun ispessimento od infiltrazione.

2.° L'*angina nicotinica vesiculosa* più speciale a quelli che fumano zigari: essa si accennerebbe colla presenza di piccole vescichette che dopo un certo tempo scoppiano perdendo il loro contenuto sieroso. Questa forma sarebbe solitamente accompagnata da una certa molestia dolorosa, e avrebbe la durata consueta di due settimane.

3.° L'*angina nicotinica granulosa*, la forma classica da tabacco di Isambert. La mucosa faringea si presenterebbe rossa, gonfia, arida, tumefatta, e la mucosa del laringe offrirebbe i caratteri di un catarro: non mancherebbe il corteggio di inflammazione cronica dell' uvola, dei pilastri arrossati e tumidi per la diuturna stasi venosa, e anzi secondo

---

rinforzata dalle cavità faringo-boccale e faringo-nasale che fungono da risuonatori;

3.° Il vestibolo e i ventricoli del laringe sono senza influenza sulla intensità del suono nel gatto, il cui laringe presenta una grande analogia con quello dell'uomo;

4.° La voce attinge i caratteri del suo metallo alle stesse fonti che ne forniscono l'intensità; con questa differenza che il metallo della voce si trova specialmente determinato dal cavo naso-orale, e la sua intensità lo è dalla cavità faringea la cui ampiezza perciò è una delle condizioni più essenziali della potenza della voce.

Noi ci riserbiamo di rendere di pubblica ragione anche il nostro parere sulle conclusioni del prof. Krishaber.

(Il relatore).

l'Autore per veri stravasi sanguigni interstiziali. Proponeva la cura igienica dell'organo e l'uso di pasticche mucilagginose.

III. *Heinze* (di Lipsia). « Di una forma rara di stenosi laringea. »

Trattasi di un paziente che dopo lunghissimi anni da una infezione sifilitica fu preso senza ragioni per lui apparenti da disturbi di respiro, che lo determinarono a farsi esaminare al laringoscopio dal dottore Heinze.

Il risultato di quelle ricerche permise di avvertire l'esistenza di una aderenza dell'epiglottide colla faringe: fatto già abbastanza curioso per il lungo periodo d'incubazione sifilitica: raro pel reperto laringoscopico e degno di nota anche per gli incidenti che si mostrarono nel suo trattamento chirurgico. Il dott. Heinze si propose di togliere quell'aderenza colla galvano-caustica in più sedute. Le prime due erano state tenute senza che insorgessero particolari contingenze: ma alla terza si ebbe una emorragia considerevole dall'arteria laringea superiore che obbligò il chirurgo ad allacciare la carotide esterna.

IV. Dott. *Catti* (di Fiume). « Sull'anchilosi delle articolazioni crico-aritnoidee e sulla paralisi dei muscoli crico-aritnoidei posteriori. »

È verissimo che s'incontrano nella pratica dei casi nei quali un errore diagnostico fra una anchilosi della specie enumerata e una paralisi dei muscoli dilatatori della glottide è facilissimo. A porre in guardia contro la frequenza di simile equivoco son diretti gli studj del dottor Catti. Egli riferiva di un caso nel quale s'erano antecedentemente osservate delle ulcerazioni sulla superficie anteriore della parete posteriore del laringe; dopo la guarigione dell'infermo fu osservata l'immobilità delle corde vocali in conseguenza dell'anchilosi bilaterale dell'articolazione crico-aritnoidea. Questo caso pratico, che porge l'esempio più comune di contingenze cliniche a cui si debbe l'equivoco di diagnosi sopracitato, fu l'argomento che fissò l'attenzione del dottore Catti e lo spinse ad osservazioni accurate dalle quali egli si vede autorizzato alle seguenti conclusioni:

1.° La paralisi bilaterale dei muscoli crico-aritnoidei posteriori è possibile, ma si osserva raramente;

2.° Si danno spesso delle ulcerazioni non accompagnate da grande infiltramento dei tessuti circostanti, le quali per causa della loro sede rendono immobili le corde vocali con susseguente atrofia delle medesime. Con questi corollari s'accordano quelli di Stoerk disposto ad appoggiare le viste del dott. Catti: e a dilucidazione dell'argomento il dott. Massei aggiungeva che in molti casi di pericondrite crico-aritnoidea la causa più efficace che si oppone all'abduzione delle corde vocali è l'infiltramento dei tessuti circostanti. Stoerk ripeteva che la tonicità muscolare del muscolo trasverso non vuole essere dimenticata come concausa dell'ostacolata abduzione dei ligamenti vocali. E Krishaber notava finalmente che massime quando trattisi d'immobilità della corda vocale destra è imprudente una diagnosi di paralisi del muscolo crico-arit-

noideo posteriore che non sia ben giustificata da tutti quanti i criteri (1).

2.ª Adunanza.

V. *Thaon* (di Nizza). « L'isteria e la laringe. »

Riassumeremo brevemente le conclusioni a cui è arrivato l'Autore in ordine ad un argomento così interessante. L'isterismo come colpisce ora questo ora quell'apparato, può anche limitarsi al laringe: e questa contingenza occorre altrettanto spesso dell'isterismo che colpisce gli organi genitali, e le cause occasionali possono essere molte: catarri, irritazioni o locali o riflesse e arrivate al laringe per l'intermedio del cervello: in ogni modo le forme principali d'isterismo laringeo possonsi ridurre alle quattro seguenti:

1.° L'*afonia*, che non è la più facile ad occorrere, ma la più evidente conseguenza della paralisi dei muscoli fonici. È di solito bilaterale e volontieri è completa; è suscettibile delle più curiose limitazioni. Per esempio in alcuni infermi mentre sono afoni nel parlare e nel canto, la tosse si mantiene sonora, in altri la parola è sonora e l'afonia non colpisce che il canto. Talfiata codesta afonia scompare da sè. E gli studj fatti in proposito han dimostrato in due quinti dei casi una placca anestetica alla regione joidea. Il relatore tratta codesta forma colle injezioni sottocutanee di stricnina, coi vescicatori, coi senapismi, coi rivulsivi attuali applicati sulla cervice. La metalloterapia e i magneti potranno probabilmente usarsi con vantaggio, giacchè in una malata di tal fatta egli ebbe un completo successo dall'applicazione di una collana composta di sei monete d'oro;

2.° Lo *spasmo in* od *espirativo*: la così detta *tosse isterica*, forma, a dir vero, più rara dell'afonia, ma più pericolosa, caratterizzata da dissesti vocali, ma più specialmente dalla dispnea. Certe volte può insorgere colla pubertà, e i mezzi a guarirla, astrazion fatta da risorse accidentali, ad esempio una pioggia improvvisa che fu un trattamento radicale in un caso, consistono nelle inalazioni di cloroformio, nella compressione del laringe, *in extremis*, nella tracheotomia. In certi casi si potrebbe asserire che lo spasmo è l'esponente clinico della terza forma, l'*iperestesia laringea*, che si osserva frequentemente. Essa può degenerare in una vera e propria ipocondria, e gli individui che ne son presi sono fonofobi, cui dà molestia non poca il parlare.

I rivulsivi alla pelle, le cauterizzazioni laringee col nitrato d'argento, le injezioni ipodermiche di morfina costituiscono il miglior trattamento.

---

(1) In quest'adunanza venne nominata una Commissione per accordare una nomenclatura laringoscopica, e risultarono eletti i professori Elsberg, Morell Mackenzie, Krishaber, Stoerk, coll'incarico di riferire alla prima occasione.

L'ultima forma è quella dell'*anestesia laringea*, più rara di tutte le altre.

Secondo alcuni osservatori, il fatto più caratteristico consisterebbe nell'anestesia dell'epiglottide: generalmente è bilaterale e talvolta basta a dissiparla l'applicazione metodica dello specchio laringoscopico.

Non sempre però s'incontrano ben definiti e isolati questi differenti tipi: bene spesso le diverse forme enumerate si accoppiano, si succedono, accompagnandosi non di rado a manifestazioni isteriche degli altri apparati organici.

Nella maggior parte dei casi l'origine centrale è evidente, ma due terzi dei pazienti guariscono la mercè dei trattamenti sopraindicati.

La lettura e le conclusioni della memoria del dott. Thaon sollevarono animata discussione in cui mentre da una parte il dottor Goguenheim giustificava le indicazioni e la pratica della tracheotomia nelle isterie laringee, dall'altra il dott. Krishaber sosteneva che nello spasmo laringeo delle isteriche la tracheotomia è recisamente controindicata, giacchè la sua urgenza non è che apparente: ed egli invitato più volte a farla, vi si è sempre rifiutato recisamente; e non per questo le inferme perirono.

VI. *Lennox Browne* (di Londra). « Del globo isterico e delle alterazioni obbiettive che lo accompagnano. »

Le cause sono molteplici. Talvolta debbonsi cercare nello sviluppo eccessivo della glandola tiroidea: talvolta, massime nei fanciulli, causa del globo è l'imprigionamento dell'epiglottide nel vestibolo laringeo per lo sviluppo abnorme delle papille linguali. Alcuni ne hanno accusata l'iperemia della mucosa laringea, ma a torto, giacchè spesso la mucosa è anemica. La cura proposta dal relatore, consiste:

1.° Nell'allontanamento di ogni pressione sul collo da parte degli abiti, cravatte, colletti, ecc.

2.° Nelle pennellature di tintura d'iodio sulla glandola tiroidea.

3.° Nell'amministrazione dell'ergotina o dell'ioduro di potassio.

4.° Nel correggere colla digitale i disordini della mestruazione.

5.° Nell'evitare cibi e bevande eccitanti.

6.° Nel non servirsi mai davanti a simili malati dell'epiteto di *isterico.*

VII. *Massei* (di Napoli). « Studio comparativo fra l'uso della corrente faradica (indotta) e quello della corrente continua (galvanica) nelle paralisi vocali. »

Qual'è la causa degli insuccessi cui si va talora incontro nel trattamento di codesti disturbi funzionali? E non c'è modo d'evitarli?

Ecco le questioni alle quali il dott. Massei si proponeva rispondere coi suoi studj.

La ragione cercata sta spessissimo nel credere che qualunque sorgente di elettricità possa indifferentemente impiegarsi nel trattamento

delle paralisi laringee. Nelle paralisi difteriche in cui c'è una vera debolezza di contrattilità muscolare la corrente indotta è la migliore. Per ciò che riguarda le paralisi isteriche in certi casi è ottima la corrente faradica: in certi altri riesce meglio la corrente galvanica specialmente se in antecedenza si fece uso della corrente faradica con poco vantagio. La durata di un'afonia isterica non è criterio alla scelta della specie di corrente da usarsi. Se essa dura già da molto tempo, allora si impiega vicendevolmente l'una e l'altra. Per le paralisi da impressioni morali, da freddo, ecc., come tesi generale si può affermare che l'azione eccito-motrice della corrente galvanica può riguardarsi come sufficiente. Nelle paralisi reumatiche la corrente continua vince là dove la corrente indotta si dimostrò inefficace: negli artisti, nelle paresi degli oratori, non c'è mezzo migliore. Nelle paralisi centrali e in quelle da pressione sul ricorrente la galvanizzazione dei tronchi nervosi riesce meglio di quella direttamente applicata ai muscoli paretici o paralizzati. Quanto alle paralisi dei tubercolosi, mancano attualmente gli studj opportuni onde poter far scelta della migliore qualità di corrente.

Massei aggiungeva a queste sue osservazioni quella di una forma paralitica del laringe che egli ha visto rappresentare il primo segno della ingrediente atrofia muscolare progressiva.

Concludendo, il dott. Massei asserisce:

1.° Che la scelta della qualità di corrente elettrica non è indifferente nel trattamento delle diverse paralisi laringee.

2.° Che quando è applicata sapientemente riesce meglio la corrente continua.

3.° Che la corrente faradica può ajutare, non sostituire la corrente continua.

4.° Che l'azione di quest'ultima si fonda sul potere eccito-motore ond'è fornita.

VIII. *Krishaber.* « Esplicazione teoretica e dimostrazione pratica della Laringotomia intercricotiroidea e del relativo armamentario, proposta in sostituzione della tracheotomia. »

Il prof. Krishaber esordiva asserendo che erroneamente si è creduto e si crede tuttavia da molti che lo spazio crico-tiroideo non possa di tanto ampliarsi allontanando l'una dall'altra le cartilagini tiroide e la cricoidea fino che il consente l'elasticità della membrana omonima interposta, da accogliere una cannula tracheale proporzionata in diametro alla mole dell'individuo e all'età dell'operato.

Ora, ciò ammesso, egli propone di ridurre di moltissimo le difficoltà e i pericoli inseparabili della tracheotomia sostituendola coll'incisione semplice della membrana crico-tiroidea, praticando cioè nei casi in cui sia necessario ricorrere ad un'artificiale apertura delle vie aeree la laringotomia intercricotiroidea in luogo della tracheotomia. Prima di entrare nei dettagli del processo operativo occorre ricordare brevemente

le particolarità onde vanno distinte le cannule tracheali onde si serve il prof. Krishaber così come egli ha creduto modificarle. Ogni cannula tracheale si compone di quattro pezzi: 1.° della cannula propriamente detta a padiglione fisso; 2.° di una controcannula la cui lunghezza vince d'alquanto quella della cannula in cui deve inguainarsi, ed è terminata a cono fornito di tre finestre laterali. La ragione di codesto pezzo sta nella facilità di poter al momento dell'operazione e spaccata la trachea, impegnare fra le labbra della ferita tracheale la cannula tracheale che ne va armata senza il bisogno dell'uso di uncini nè ottusi nè acuti, il cui maneggio porta necessariamente a stiramenti e a traumatismi più o meno pericolosi dei tessuti vulnerati. Di tal modo viene ad essere facilitato e semplificato non poco il momento più serio e difficile dell'atto operativo; 3.° di una doccia senza padiglione destinata a restare in posto e a mantenere pervio il tramite della ferita ogniqualvolta dopo poco tempo dall' operazione si fosse obbligati per una ragione qualsiasi a levar l'apparecchio. Su questa guida la cannula tracheale può essere con tutta sicurezza rimessa in posto; 4.° di una spirale senza padiglione destinata ad essere introdotta in [trachea per la ferita e a mantenere beante il calibro allorquando pel sopraggiungere di una emorragia si sia costretti di togliere provvisoriamente l'apparecchio per legare qualche vaso: atto che verrebbe non poco intralciato dalla presenza del padiglione di una cannula. Oltredichè la spirale essendo svolgibile può raggiungere qualsiasi profondità del tubo tracheale e venir così proficuamente impiegata per facilitare le manovre di estrazione di false membrane, ecc., 5.° della solita controcannula. Tutti questi pezzi meno la spirale sono in argento. L'astuccio da tracheotomia del dottor Krishaber contiene otto cannule, come la descritta, corrispondenti ad otto calibri diversi. Pei bambini il calibro è calcolato deducendolo, dalla lunghezza della persona: per cui ad ogni misura di altezza o press'apoco, corrisponde un determinato calibro contrassegnato da un determinato numero. Premessi questi cenni, che ci parvero indispensabili per ben conoscere il metodo di Krishaber, ecco come egli procede. Se si tratta di ragazzi, scelta la cannula del calibro opportuno, egli opera come dettano il Chassaignac e il S. Germain. Taglia in un sol colpo la pelle, il tessuto sottocutaneo il muscolo crico-tiroideo e pungendo verticalmente entra in laringe: l'uscita di una bolla d'aria e di un po' di sangue indicano che l'apertura è fatta: ciò posto introduce la cannula armata come si disse più sopra. Nei ragazzi fino all'età di 4 anni non teme l'accidente dell'emorragia, perchè le arterie sono abbastanza esili. Quando invece si tratta di adulti, allora si procede più lentamente, ma anche qui dopo l'incisione dei comuni integumenti, il coltello non incontra che la membrana elastica crico-tiroidea, che frange dilacerandola poi un tantino, senza che si temano lesioni arteriose: giacchè le arterie stanno di lato, fatta eccezione dalle anomalie dell'arteria del Neubauer che egli ha incontrato soltanto due volte.

Finita l' esposizione del suo metodo operativo, sorgeva il professore Stoerk di Vienna sconsigliando il relatore dall'animare i giovani a siffatta condotta operativa, per quanto nelle sue mani abbia potuto dare ottimi risultati. Intanto egli osservava, che: 1.° nei fanciulli c'è tale sviluppo di vene che ancorchè ne vengano incise relativamente poche, v'è sempre il pericolo di perdere l'operato per l'ingresso dell'aria nei canali venosi; 2.° la ghiandola tiroidea è d' altronde esageratamente sviluppata e quindi difficilmente si può eliminare la necessità di incidere molte vene; 3.° nei fanciulli lo scheletro cartilagineo del laringe è così cedevole che premendo colla punta del bistorì per pungere verticalmente, come insegna Krishaber, si corre il rischio di addossare la parete anteriore della laringe o della trachea alla sua parete posteriore e di transfiggerla (1). Lo Stoerk prendeva occasione dall' interesse di queste comunicazioni per dimostrare certe cannule che egli impiega alloraquando l' infermo è obbligato a mantenere la fistola tracheale per molti mesi dopo l' operazione. A scopo di impedire lo sviluppo delle granulazioni tracheali che non mancano di crescere e grandeggiano quando la cannula rimane lungamente in trachea, egli fece costruire delle cannule tracheali fenestrate a fori rotondi, le quali mentre permettono il passaggio dell'aria fra trachea e laringe impediscono poi che delle granulazioni si sviluppino e s'impegnino in una larga fenestra, quale è quella ond'è provvista la parete convessa delle cannule comuni. Stoerk ideò pure ed offrì al pubblico esame una specie di pinza curva a cortissime branche destinata a operare graduatamente la dilatazione delle stenosi laringee di basso in alto, dopo ch'è stata eseguita la tracheotomia. Messa in posto la cannula tracheale munita di una larga apertura sul dorso, la pinza di Stoerk viene introdotta colla concavità in alto nella finestra or or ricordata, in modo che imprimendo alla pinza stessa nell'atto di introdurla un movimento d' arco di cerchio, le sue branche s' impegnano fra le labbra della glottide più o meno ristretta e ponno gradatamente operarne lo stabile allargamento. Si capisce che la lunghezza di tutte due o di una sola di queste branche deve variare a norma delle speciali contingenze del caso concreto.

IX. *Masucci* (di Napoli). « Lo spasmo della glottide negli adulti. »

Sostenne l' Autore che nell' età adulta le ragioni dello spasmo sono a cercarsi nell' organo vocale; dove a cominciare dal semplice catarro possono variare moltissimo: una causa poco considerata consiste nella

---

(1) Devo dichiarare che essendomi ripetutamente servito nella pratica della tracheotomia secondo il classico processo di Trousseau delle cannule di Krishaber che posseggo ed adopero costantemente da più di un anno ho dovuto convincermi del segnalato vantaggio che loro assegna una giusta preferenza su tutte le altre coll'elidere l'uso degli uncini e col semplificare mirabilmente il momento più difficile dell'atto chirurgico, la introduzione della cannula.

(*Il Rel.*).

presenza di polipi sottoglottici. Astrazion fatta da questo caso la cura ch' egli raccomanda consiste in polverizzazioni alcaline, sedative, di bromuro di potassio.

X. *Barety.* « Laringite stridula. »

L'argomento trattato dai dott. Masucci, porse occasione al dott. Barety di far sentire anco una volta le sue belle considerazioni sulla etiologia di questa forma morbosa. Egli la mette a conto della tracheobronchite acuta per la intumescenza dei gangli peri-bronchiali: e l'effetto è tanto più sentito per quanto l'acutezza del processo e maggiore e più considerevole lo sviluppo dei ganglj, senza tacere che è proporzionato eziandio alla strettezza della rima glottidea. Come trattamento propone la cura interna dell'olio di merluzzo.

A Massei e ad altri parve che non ogni caso di laringite stridula si dovesse unicamente alla adenopatia tracheo-bronchiale. La teoria di Barety, che al dire del Massei è quella stessa di Guéneau de Mussy, non può essere accettata come unica: Massei crede che quella da lui pubblicata nel suo Trattato delle malattie del Laringe basti a dare spiegazione completa di tutto l'apparato sintomatico della laringite stridula, così malamente denominata perchè si tratta di un vero e proprio laringismo: laddove la laringite vera accompagnata da stridore è un fatto comunissimo e di facilissima spiegazione sul quale non occorre nemmeno fermarsi. Ora il laringismo o è da causa centrale per rachitismo, scrofola, ecc., o è da causa periferica: allora più che all' adenopatia traheobronchiale può esser dovuto alla paralisi dei m. abduttori delle corde vocali, a parassiti dimoranti nel canale alimentare, a disturbi gastrici agenti per l'intermezzo del cervello, ecc., ecc.

XI. *Rossbach* (di Würzburg). « Delle operazioni sottocutanee nella laringe. »

L' Autore per ovviare alle difficoltà talvolta enormi che oppone alle operazioni endo-laringee un' esagerata sensibilità immaginò di praticarle secondo un altro metodo che si potrebbe rendere nel nostro idioma coll'aggettivo; *sottocutaneo.* Fatto costruire uno strumento risultante di un' asta d'acciajo cilindrica montata su di un manico diritto e terminante a lancetta tagliente sui bordi, egli ne insinua la punta nella linea di saldatura delle due lamine della cartilagine tiroidea e giunto così nel cavo laringeo giovandosi contemporaneamente dell'immagine laringoscopica può dirigere dall' esterno la lancetta verso il punto preciso sul quale deve cadere la dieresi. Con tal processo, diceva il relatore avere operati diversi polipi intra-laringei e punte diverse cisti sviluppate nell' interno dell' organo vocale. L' introduzione dello stromento se fatta colla dovuta perizia non cagiona che poca molestia al paziente.

Il dottor Hering osservava però che in tre quarti dei casi la lamina intermedia frapposta alle due ali della cartilagine tiroidea è ossificata prima dei 40 anni, il che non vuolessere dimenticato nel valutare la efficienza pratica del metodo del Rossbach: e che d'altronde avendolo

esperimentato si trovò d'aver procurato al suo paziente un enfisema sottocutaneo. Stoerk ripeteva poi che per quanto questo metodo abbia utilità limitata pure ha in sè per certi casi qualche cosa di commendevole.

XII. *Rossbach.* « Dell'anestesia della laringe. »

Disse di averla vantaggiosamente praticata colle seguenti regole: 1.° colle injezioni sottocutanee di morfina (5 milligrammi) sui due lati della cartilagine tiroide ai punti di ingresso del nervo laringeo superiore; 2.° colle polverizzazioni di etere solforico sulla regione laringea.

Primo ad obbjettare al dott. Rossbach fu il professor Zawerthal, il quale richiamando le sue sperienze praticate e sugli animali e sugli infermi, onde fu tenuta comunicazione al Congresso medico di Pisa del 1878, sostenne: 1.° che l'anestesia laringea non è sempre possibile; 2.° che non è utile ed è fallacissimo provvedimento; 3.° che spesso è pericolosa; sempre poi è pratica così molesta agli infermi da averne spinti molti a rinunciare all'operazione piuttosto che sottostare alle dolorose, incomode e lunghe manovre colle quali si tenta raggiungere la insensibilità del laringe. Il dottor Catti ex assistente del professor Schrötter volle dire qualche parola in difesa dell'anestesia laringea caldeggiata dal suo maestro, ma non potè disconoscere quante volte anche nelle mani dello stesso prof. Schrötter essa abbia malamente corrisposto. Krishaber e Stoerck che presero eziandio la parola in argomento si dichiararono contrarj a questa pratica omai posta agli archivi dai buoni laringo-chirurghi.

XIII. *Schnitzler* (di Vienna). « Storia di un caso di operazione endolaringea praticata sotto la anestesia generale. »

Trattavasi di un ragazzo dell'età di 8 anni affetto da un papilloma del ventricolo del Morgagni, della grossezza di una nocciuola. Il caso era già interessante per sè, giacchè siffatte alterazioni son rare a quell'età; e a 18 sommano in tutto quelli consegnati alla letteratura. Dovendosi procedere all'estirpazione del tumore ed essendo il ragazzo indocile ed inquietissimo pensò di valersi dell'anestesia generale procurata coll'etere solforico. Con questo mezzo riuscì a Schnitzler facilissima e spedita la estirpazione del papilloma. Egli credeva essere il primo ad avere operato di questa maniera. Ma Stoerk soggiungeva averlo preceduto; solo i due casi non potersi porre sotto la stessa rubrica perchè l'infermo di Stoerk aveva già subita precedentemente la tracheotomia. Krishaber aggiunse di avere anch'egli impiegata l'anestesia generale col protossido d'azoto che dai bambini è benissimo tollerata.

XIV. *Capart* (di Bruxelles). « Dell'ipertrofia delle tonsille considerata specialmente dal punto di vista del trattamento. »

Faceva una analisi critica corredata di viste a lui speciali intorno ai diversi modi con cui si tratta l'ipertrofia delle tonsille. Disse cose sconfortanti sui risultati della elettrolisi voltaica cagione di pene grandissime e di incompleto successo. Egli invece modificò il tonsillotomo rendendo girabile l'anello tagliente sull'asse verticale dello stromento,

per poterlo successivamente adoperare sulle due tonsille senz'essere obbligati a ritirarlo dalla bocca dopo l'escisione di una, e rimettervelo poi onde operare sulla glandola dell'altro lato, come avviene coi tonsillotomi ordinarj. Egli prendeva occasione dall'argomento per dichiarare che contrariamente a molti pregiudizj invalsi anche nella classe colta, l'amputazione delle tonsille non esercita alcuna influenza dannosa sulle qualità della voce.

Il dott. Krishaber comunicava in proposito di aver operata vantaggiosamente la distruzione delle tonsille per mezzo della transfissione col termocauterio di Paquelin: ma di aver dovuto talora ripetere 14 volte il tentativo: ragione questa potentissima per abbandonare siffatto procedimento. In due casi poi ebbe anche la disgrazia di una emorragia secondaria pressochè mortale. Il dott. Elsberg proponeva invece di adoperare sempre il coltello, col quale si procede rapidamente e con piena coscienza di ciò che si vuol amputare e delle parti che van rispettate: egli riserva l'uso degli amigdalotomi pel caso di fanciulli dove più che alla precisione matematica del taglio bisogna tenere alla sollecitudine. Lennox Browne usciva a meravigliarsi come il pericolo dell'emorragia potesse mai procurare delle ansie all'operatore; e manifestava il proprio rammarico che in un congresso di Laringo-chirurghi si dovesse tener parola di un pericolo illusorio. Allora il dottori Krishaber, Zawerthal, Schnitzler provarono colla storia della tonsillotomia alla mano che siffatta operazione ammette talmente il pericolo dell'emorragia che fatta astrazione dal caso riferito da Hyrtl nella sua Anatomia topografica di lesione istantaneamente mortale della carotide, nell'opera di Pitha « Deutsche Chirurgie » è consegnata la storia di una infrenabile emorragia parenchimatosa sopravvenuta dopo la tonsillotomia. Il dott. Massei poi aggiunge che *a priori* sarà sempre difficile all'operatore di poter prevedere se si incontrerà o no un siffatto accidente la cui insorgenza è sempre possibile.

XV. *Schmidt* (di Francoforte). « Cura della tubercolosi laringea. »

Cominciava dal dichiarare che ormai non si può più seguire l'idea che i processi su cui riposano le alterazioni tubercolari siano essi specificamente tubercolosi o inflammatorj cronici, e risiedano essi nei polmoni oppur nel laringe, non possano guarire. I processi tubercolari del laringe sono così guaribili come quelli nei polmoni. Si tratta soltanto di realizzare le giuste condizioni sotto cui ciò può accadere e di proporre un opportuno trattamento condotto sulle norme del metodo antisettico. I metodi di cura fin qui adoperati che si limitano a inconsiderate pennellature di nitrato d'argento in laringe, praticate spesso anche senza il soccorso dello specchietto laringeo, debbono essere posti da banda.

Egli divide in due parti il trattamento della tubercolosi laringea; la cura della tubercolosi polmonare la quale è quasi sempre primaria; e la cura delle ulceri laringee. Un elemento importante per la cura della

tubercolosi polmonare congiunta ad ulceri laringee sta in un'aria pura, non troppo asciutta; in una buona e frequente ventilazione della camera: indi si cerchi di irrobustire la cute la mercè di lavacri freddi, tenendosi ad una temperatura di 20° pei pazienti già indeboliti e anemici. Nè si dovrà trascurare la pratica di una quotidiana ginnastica polmonare a mezzo di moderate e tranquille ascensioni di colline, ecc., cessandone ogni volta prima che sopravvenga l'esaurimento della funzione respiratoria: in una parola prima che sopraggiunga la fatica. In estate le cure di latte: accoppiandole in inverno con l' uso dell'olio di fegato di merluzzo fino a tolleranza; curando poi che la dieta sia mista, giacchè pei tubercolosi è altrettanto utile il nutrimento vegetale del cibo azotato. L' uso dei calmanti si riduca a pochissima cosa, giacchè la tosse è uno dei mezzi per allontanare la colluvie di materiali putrescibili dalle vescicole polmonari. Del resto se anche non deve essere totalmente abolita l'abitudine del fumare quando è inveterata, si raccomanda al paziente oltre ad una grande moderazione, di non dimorare in locali in cui si fumi o dove l'aria venga inquinata in qualsiasi modo. Se il paziente lo può, soggiorni a Venezia, o faccia dei viaggi di mare, o sul Nilo. Tutto ciò per la cura della tubercolosi polmonare. Il trattamento poi delle alterazioni laringee posa sulle leggi dell'antisetticismo. In primo luogo egli cura di disinfettare e pulire le superfici ulcerate onde procurarne o facilitarne la cicatrizzazione, e impedire del pari che l' inspirazione porti al polmone già malato nuovi materiali infettivi raccolti per via. Come materia da inalazione il relatore accorda la preferenza all'acido fenico e al balsamo peruviano, il cui principio attivo è l'acido benzoico. Allorquando l'uso combinato di questi mezzi generali e locali si dimostra insufficiente, e. l' infiltrazione dei tessuti circostanti alle ulceri si mantiene in grado considerevole allora si ricorra con fiducia ad ampie scarificazioni. Proseguiva il dott. Schmidt dicendosi autorizzato a credere che nella maggior parte dei casi l' infiltrazione della parete posteriore della laringe dipenda dalla pericondrite delle cartilagini aritnoidee, intrattenuta dalla ossificazione delle cartilagini stesse che fungono allora da corpo straniero. Sulla base di queste credenze scientifiche, il relatore immaginò che il processo infiammatorio dovesse dissiparsi una volta tolta di mezzo la cartilagine aritnoidea; ritenendosi autorizzato a questa fede della guarigione talvolta seguita alla spontanea eliminazione della cartilagine sunominata. Allora immaginò uno strumento a forbice col quale propone di fare dei profondi tagli nel segmento posteriore infiltrato del laringe onde sia facilitata l'uscita alle cartilagini ossificate o in via di ossificazione: e raccontando di averli ripetutamente eseguiti assicurava di avere avuto notevole diminuzione nel gonfiore e nello infiltramento delle parti circostanti ai punti ulcerati della laringe; anzi talvolta esso scomparve totalmente derivandone al paziente immenso vantaggio nella facilità al deglutire, e nel dissiparsi della odinfagia.

Alle viste del dott. Schmidt s' opponeva recisamente il dott. Krishaber affermando che la tubercolosi laringea è così mortale come il carcinoma, e che laddove una guarigione della pretesa tubercolosi laringea fu osservata, certo la diagnosi doveva essere erronea. Quanto poi a quella parte del sistema di cura proposto da Schmidt che riguarda l'escisione di particelle della mucosa e del tessuto sottomucoso del laringe per eliminare le cartilagini ossificate, egli lo trovava espediente così grave da non poterlo nemmeno discutere a meno di avere dei fatti concreti sotto mano. Schnitzler invece e Goguenheim si dichiaravano pronti ad ammettere che la tisi laringea può guarire, come può guarire la tisi polmonare. Quest' ultimo specialmente asseriva di aver trovato nel clorato di potassa un mezzo che riesce benissimo nelle ulcerazioni tubercolari della laringe e del cavo orale e concludeva che l'asserto di Krishaber era per lo meno esagerato. Stoerk replicava in ultimo facendo osservare che se la struttura delle ulceri del polmone e del laringe che in fin dei conti è la medesima è quella di un'ulcera tubercolare, allora non si saprebbe negare che la tubercolosi laringea possa guarire.

XVI. *Ariza.* « Della laringite gastrica. »

Si incontrano talora dei pazienti i quali non si lamentano che di dolore alla gola, senza che al medico si presenti alcun segno anatomico di alterazioni proprie a spiegarlo. In questi casi si tratta di una aberrazione di giudizio sulla essenza della loro malattia. La quale non è altro che una iperestesia della laringe dovuta a dissesti funzionali dello stomaco. Ritornava sull'argomento della tubercolosi il dottor Lennox Browne parlando della tubercolosi della faringe, della bocca, della lingua, accennandone i caratteri e asserendo che essa può essere primaria, e può precedere la tubercolosi laringea: in ogni modo egli ha potuto osservarne delle guarigioni.

XVII. *Gouguenheim* (di Parigi). « Della laringite sifilitica secondaria. »

Dopo aver riassunto il cammino che ha fatto la scienza per arrivare alla determinazione della esistenza delle placche mucose sulla laringe, l'Autore notificava di averle osservate soltanto sulle corde vocali e sulla epiglottide. La diversità d'opinioni che si è mantenuta tanto tempo su questo argomento dipendeva da ciò che si voleva trovare per le placche poste sulla laringe una identità d'immagine con quella offerta da quelle stesse placche quando prendon sede sopra altre parti dell'organismo. Onde venire sicuramente a capo della diagnosi consigliava il dott. Gouguenheim di dividere le placche mucose della laringe in *tre* categorie: 1.° nelle placche *erosive*; 2.° in quelle *tipiche*, analoghe alle altre sviluppantisi su altre regioni del corpo: 3.° nelle placche *escavate* che sono di non facile riconoscimento.

Le placche *erosive* han sede sulla epiglottide, massime sui suoi margini liberi: rappresentano delle eminenze che possono esulcerarsi: per la caduta, lo sfaldamento dell'epitelio, viene a giorno la sottostante mu-

cosa, coperta di granulazioni. Le corde vocali sono raramente la sede di queste placche: il più spesso esse si mostran gonfie, ma non ulcerate. Una sola volta occorse al relatore di sorprenderle sulla regione interaritnoidea. Le placche *tipiche*, sono di forma circolare; son meno diffuse, e men facilmente riconoscibili.

Esse si mostrano volontieri sulla faccia superiore delle corde vocali che appajono allora fusiformi e ulcerate; non di rado le ulcerazioni si mostrano simmetriche; quelle dell'una con quelle dell'altra corda vocale. Talora poi il diametro dell'una vince quello della opposta. Bisogna ricordare però che la cura ben diretta fa scomparire con una certa sollecitudine l'essudato deposto nello spessore di quei tessuti. Le placche *escavate*, che Marxley chiama erroneamente, *ulcerazioni intermediarie*, dan luogo ad ulcerazioni con bordi tagliati quasi a picco; non si vedono mai sulle corde vocali, scompajono se trattate col nitrato d'argento e talvolta accompagnano un periodo precoce della sifilide. Quelle di Marxley dovevano, secondo il relatore essere accidenti terziarj comparsi precocemente. Quanto alla durata delle placche mucose della laringe, essa varia; se risiedono sulla epiglottide si mantengono da uno a tre mesi; da due fino a sei se han sede sulle corde vocali: e in genere se la infiltrazione è profonda la durata è lunga. Quanto al trattamento che loro meglio conviene oltre l'interno esso non può essere che locale, la mercè dei tocchi al nitrato d'argento.

Le conclusioni cui arrivava il dott. Gouguenheim riassumendo il suo lavoro sono le seguenti:

1.° La laringite sifilitica secondaria è un accidente così frequente che si presenta nei due quinti all'incirca dei sifilitici.

2.° Il laringe può essere preso tutto quanto o parzialmente.

3.° Le parti prese sono di spesso tumefatte; e la tumefazione è parziale, giacchè essa non invade presso che mai la totalità dell'organo.

4.° Quando la sifilide è avanzata, questa tumefazione può essere generale a tutte le parti del laringe; allora si tratta di una forma grave, intermediaria fra la laringite sifilitica secondaria e la terziaria.

5.° Le placche mucose esistono realmente sulla laringe; hanno diversa apparenza, e riseggono più volontieri sul margine libero dell'epiglottide, mentre di rado prendono a svilupparsi sulle corde vocali: e la loro diagnosi vien facilitata grandemente non solo dalla cognizione della sede e dall'aspetto sotto cui si presentano, ma eziandio dalla concomitanza di altri fenomeni d'infezione sifilitica in uno o più altri punti della gola.

6.° La loro durata è diversa e tiene alla maggiore o minore profondità d'infiltrazione dei tessuti.

7.° Si trovano frequentemente nella laringite sifilitica secondaria delle ulcerazioni quasi sempre sotto forma di erosioni che risiedono di solito sopra zone limitate e più di rado sovra papule circoscritte.

8.° Esse possono talvolta presentare un aspetto d'escavazione dovuto alla prominenza eccessiva dei margini della papula.

9.° Le parti tumefatte possono rimanere a lungo in questo stato, e talvolta gli stessi tessuti finiscono per indurarsi e degenerare definitivamente. Questo esito si osserva di regola nei casi gravi in cui si è negletto il trattamento esterno o locale.

10.° La durata dell'affezione, allorquando la cura topica fu associata al trattamento interno, oscilla fra due settimane e due mesi e più.

11.° Le recidive sono frequenti quando i malati non rimangono a sufficienza sotto cura o se essi non osservano la debita igiene.

12.° Il pronostico è quasi sempre benigno, a meno che la tumefazione non sia considerevole o generalizzata.

13.° Il trattamento vuol essere interno e locale: l'interno è quello stesso che si prescrive nella sifilide secondaria, l'esterno consiste in tocchi di nitrato d'argento.

Massei ricordava, in seguito a queste conclusioni, i buoni effetti del metodo che il prof. Zawerthal a Roma ed egli a Napoli impiegano contro le piacche mucose del laringe, e consigliava gli altri pratici ad attenervisi nel caso concreto. Esso consiste nelle polverizzazioni di sublimato seguite nei casi più gravi da insufflazioni di polvere di calomelano.

S'intende che non debbasi trascurare il trattamento generale: e allora, checchè volesse sostenere il Krishaber della inutilità della cura locale, è fatto positivo che la guarigione si raggiunge assai più prontamente.

3.ª Adunanza.

XVIII. *Krishaber.* « Spasmo della glottide nell'atassia locomotrice. »

Già osservata da Cruvelhier, il Feréol aveva fatto e pubblicato studj sulle alterazioni nervose del laringe nell'atassia locomotrice. Un punto però ancora negletto era fra esse lo spasmo glottico. Ora il Krishaber ebbe la ventura di osservare quattro casi; di cui due quando l'atassia era già avanzata. Degli altri due, uno è specialmente importante, giacchè lo spasmo precedette di sei anni lo scoppio dei disordini atassici di locomozione. Lo spasmo diventò così violento che fu forza ricorrere alla laringotomia e l'infermo dovette rassegnarsi a portare perennemente la cannula; e a questo riguardo, osservava il relatore, il caso è ancora unico. Proseguiva poi porgendo la descrizione degli accessi spastici. L'infermo è istantaneamente preso da perdita di coscienza, la quale lo colpisce come un *ictus*; cui sopravvengono accessi epilettiformi con non rara emissione involontaria di orine e di feccie. Questo è il corteo dei sintomi che s'accoppiano all'accesso di spasmo glottico, il quale può avere intensità variabile, e ripetersi per tutto il corso della malattia cui si accompagna. Ora, chiedevasi il relatore, trattasi quì di un vero spasmo degli adduttori o è piuttosto una paralisi degli abduttori? Non si può rispondere evasivamente alla domanda. Barety entrato a discuterla, dopo

avere concesso che questo caso mantiensi attualmente unico nella letteratura, domandava al dott. Krishaber se intendeva dovesse esistere una identità fra codesta forma di asma glottico e le *vertige du larynx* di Charcot; nel qual caso egli non l'avrebbe accettata; giacchè qui è piuttosto un vero *ictus laryngien* che non una vertigine, per quanto però non si possa negare fra loro una grande analogia. E anzi si potrebbe dire che se identità corre fra queste due forme essa riguarda la forma dell'accesso: ma le alterazioni materiali del laringe nel caso di atassia locomotrice accompagnata da spamo glottico son ben diverse: talvolta si trova l'immobilità di una corda vocale: e forse sarà una vera degenerazione del muscolo, ma è certo che sopravviene spasmodicamente, col corredo di convulsioni cloniche epilettiformi degli arti.

Il prof. Elsberg di New York facevasi in seguito a chiedere l'opinione degli specialisti intervenuti al Congresso *sulla frequenza e sul trattamento delle erosioni dell'epiglottide.* La sua esperienza gli avrebbe insegnato che l'erosione della epiglottide si presenta nella proporzione del 30 per 100 delle malattie della laringe e dei polmoni. Guidato dai risultati della sua pratica egli può assicurare che essa resiste a tutte le cure generali, ma cede abbastanza facilmente ai trattamenti locali. Egli ha impiegato spesso e vantaggiosamente il galvano-cauterio. Ne aveva già pubblicati due casi anteriormente, quando due altri gli occorsero poco tempo fa. Nell'uno gli giovarono i mucilaginosi, i zuccherini, gli anodini. Nell'altro l'applicazione locale di cloruro d'oro ripetuta per tre giorni condusse alla guarigione. Nei trattati speciali il relatore non ha visto che si facesse mai parola di questo argomento, epperò domandava l'avviso dei presenti che avessero avuto agio di poterlo studiare. Ma non sorse che il dott. Schmidt a rispondere che non ne aveva mai osservato.

XIX. *Ariza* (di Madrid). « Della tubercolosi laringea idiopatica e sui segni objettivi che la rivelano al laringoscopio. »

Dopo aver deplorata la confusione che ancora regna nell'interpretazione scientifica e clinica della tisi laringea, accennava il relatore alla esistenza di un'altra tubercolosi laringea scompagnata da ulcerazioni: consistente cioè solo in deposizione di granuli miliari, e nella infiltrazione caseosa dei tessuti laringei. Il non aver visto bene o facilmente quei granuli è stato per alcuni argomento a negarli: così fu di Bouillaud, di Tissot, di Louis. Invece Virchow tanto bene li vide e li potè studiare da proporre i tubercoli miliari del laringe come prototipo per l o studio dei granuli tubercolari in genere. Fors'anco si vollero negare perchè avendo il tubercolo vita assai breve, mancò agli osservatori la fuggevole opportunità di sorprenderli sotto la forma granulare. La teoria di Virchow ad onta della conversione che ha potuto operare di tanti infedeli, non spiegava, disse il relatore, però tutti i fatti clinici. Per essere in accordo colla clinica e specialmente col reperto laringoscopico biso-

gna riconoscere alla tubercolosi laringea le seguenti forme: *a*) una forma fibroide, *b*) una forma ipertrofica, *c*) una forma dura. La prima di queste forme è rappresentata talora da vere escrescenze polipoidi di struttura fibroide, papillare, ecc.; ora sarebbe utile di poter differenziare clinicamente i polipi benigni da quelli che accusano la tubercolosi, anche perchè questi ultimi dovrebbonsi considerare come inoperabili; ma ciò non è, almeno per ora, che un pio desiderio. — Quanto alla seconda forma, ricordava il dott. Ariza come molte laringiti ipertrofiche dipendano dalla tubercolosi e non sono accompagnate da ulcerazioni. Concludeva il suo lavoro con questi asserti: 1.° La laringite plastica è spesso tubercolare; 2.° I polipi della laringite ipertrofica tubercolare son tubercolosi e non si debbono operare; 3.° La tubercolosi laringea poliposa è il più spesso idiopatica; 4.° Invece quasi sempre l'ulcera tubercolare del laringe presuppone la affezione polmonare del genere; 5.° Nella laringite tubercolare ipertrofica le forze del paziente si mantengono buone fin quando non compajono le ulcerazioni; 6.° Le laringiti tubercolari sono suscettibili di guarigione.

XX. *Zawerthal* (di Roma). « Della tubercolosi del faringe. »

Rifacendo la storia dei progressi e degli studj fattisi in argomento negli ultimi quindici anni, il relatore trovava che molti lati della questione erano stati ingiustamente obliati. La descrizione della sindrome della faringite tubercolosa come l'han data scrittori d'incontestabile valore, il M. Makenzie, il Fränkel, erano un quadro incompleto, o in certi punti non troppo fedele. Infatti il senso di secchezza alla gola sul quale tanto insistono quei due Autori, viene incontrastabilmente accusato dai pazienti nei primi stadj della malattia; non certo negli ultimi, quando una vera blennorrea del faringe obbliga gli infermi a liberarsi quasi ogni momento e con penosi atti di quella colluvie di materie. E se poi si prende ad esaminare uno ad uno ciascuno dei segni objettivi forniti dalla faringite tubercolare, pare incredibile, continuava il relatore, che Fränkel abbia assegnato, per esempio, a questa forma morbosa un decorso termometrico affatto speciale, mentre le oscillazioni che si leggono sul termometro in questi casi non sono che quelle della tubercolosi polmonare, e miliare generale: senza dimenticare poi che gli sbalzi di temperatura in pazienti in cui la più piccola modificazione accidentale introdotta nel vitto, nell'igiene, ecc., si riflettono immediatamente in diverse altezze della colonna termometrica, senza che ciò debba invocarsi a criterio particolare della faringite tubercolare.

Entrava in seguito l'Autore a descrivere minutamente la formazione delle ulceri studiate microscopicamente e coll'ajuto dell'indagine fina: e dopo avere accennato all'ordine di successione con cui vengono presi i diversi muscoli del faringe, forniva il quadro delle alterazioni della tubercolosi faringea nello spazio faringo-nasale. Studio affatto nuovo sul quale ancora nessun scrittore aveva creduto fermarsi. Le sue osservazioni lo autorizzavano a negare qualsiasi influenza alla diversità del-

l'epitelio che riveste le singole porzioni del cavo faringeo e a riconoscere come fatto costante che là dove c'è ricchezza di glandole acinose o di follicoli, là più sollecitamente e in maggior grado che altrove la tubercolosi porta i suoi guasti. Soltanto la superficie posteriore del velopendolo così volontieri presa di mira dalla sifilide ulcerosa, si potrebbe dire che si mantenga immune e integra nella tubercolosi. — Quanto alla patologia, l'Autore si faceva codesta domanda. È la tubercolosi faringea una malattia che può comparire isolata o primitiva senz'accompagno di alterazioni tubercolari in altre parti del corpo? O è dessa piuttosto una figura qualsiasi nel gran quadro della tubercolosi miliare generale? In altre parole ha essa un decorso speciale, è dessa contrassegnata da particolari alterazioni, o piuttosto non è a considerarsi come un appendice della tubercolosi generale cui la sede speciale delle parti prese, la loro struttura, le funzioni, i rapporti loro col modo esterno impartono speciale fisonomia? L'Autore nega recisamente che la tubercolosi faringea possa mai comparire primitivamente, come lo hanno ammesso e il Morell Mackenzie, e dopo di lui il Lennoux Brownn. Essa è sempre secondaria: e anche allorquando parrebbe di poter asserire che ancora non sia comparsa alcuna alterazione al polmone, un esame stetoscopico accuratissimo ci svela sempre qualche cosa. Del resto non si saprebbe comprendere come gli stessi Autori e i medesimi Clinici che fanno della tubercolosi laringea un fatto secondario alla tubercolosi polmonare, accordassero alla tubercolosi faringea il privilegio di comparire primitivamente. E per vero ad addentrarsi bene nella storia delle due malattie non mancan criterj, anche desumendoli dalle teoriche emanate in tutti i tempi sulla tubercolosi, per convincersi che per lo scoppiare delle alterazioni del genere in laringe militano le stesse cagioni e operano gli stessi momenti atti a favorirne e provocarne la comparsa in faringe. Non in tutti i casi però la faringite tubercolare accompagna la tubercolosi polmonare, nè sempre suole sopravvenire ad un'epoca determinata. Come nella difterite, così nella tubercolosi polmonare osservasi talora un decorso così rapido e precipitoso che non dà tempo alla comparsa delle alterazioni locali. E d'altronde a norma della maggiore o minore disposizione, che poi non è altro che maggiore o minore debolezza e vulnerabilità, sopravvengono ad aggiungersi ai fatti polmonari le alterazioni faringee con maggiore o minore precocità o lentezza. Certo che i catarri faringei ripetuti han mostrato di rappresentare un momento favorevole alla sollecita comparsa delle alterazioni su cui si è intrattenuto il relatore. Egli finiva la sua esposizione congratulandosi che codesti studj lo autorizzassero a trovare una seria conferma delle teoriche impartite dal prof. Sangalli di Pavia sulla stretta parentela che debbesi riconoscere fra la tubercolosi e la scrofola.

XXI. *Frua* (di Milano). « Del trattamento delle placche mucose del faringe ».

Esponeva il risultato delle sue osservazioni secondo le quali le plac-

che mucose al faringe sono più frequenti nell' uomo che nella donna e specialmente scelgono a sede l'epiglottide.

Il trattamento ch'egli crede migliore consiste nell' associazione dei preparati mercuriali e jodici. Molti casi in cui le placche si mostravano poco obbedienti ad un trattamento unico di jodio o di mercurio si videro volgere rapidamente a guarigione allorquando si ingiunse all'infermo una cura mista. Per porla in atto si può amministrare o le pillole di protojoduro di mercurio a 2 centigrammi per dì: oppure far prendere *due* centigrammi di sublimato corrosivo e *due* grammi di joduro di sodio al giorno. Egli assicura di avere già un miglioramento alla seconda dose e conta 57 successi sovra 73 casi di placche della regione stafilo tonsillare. Aggiungeva il relatore che pare dimostrato come il mercurio quando è associato all'jodio venga più prontamente eliminato.

XXII. *Ruggi* (di Bologna). « Storia di una laringotomia praticata per tumore sottoglottico coll'anestesia ed a capo pendente. »

L'Autore usò di questo spediente per aprire con facilità la laringe in un individuo affetto da polipo intralaringeo, posto al disotto delle corde vocali, e che minacciava colla sua presenza l' infermo di soffocazione. Questa operazione, diceva il dott. Ruggi, è la prima che si esegue in Italia; ed il processo, secondo l'Autore fu per la prima volta impiegato da Edmond Rose di Zurigo. Il Ruggi eseguì la operazione in un canepino d'anni 40 per nome Gaspari Ferdinando.

La posizione data al paziente permettendo al sangue di scolare in bocca e fuori di questa, rese possibile e facilissima l' esportazione del tumore posto sul lato sinistro della cricoide. Fu usata l'ansa-galvanica: venne chiusa la ferita con punti di sutura fatti adoperando seta fenicata. Dopo 24 giorni l'infermo perfettamente guarito lasciava l'ospedale.

XXIII. *Ruggi*. « D'un caso di estirpazione totale della tiroide eseguita a cura di un gozzo voluminoso. »

Trattavasi di un gozzo follicolare preso da degenerazione colloide, nel quale, per soverchia distensione e confluenza di follicoli, si era formata nella parte anteriore e mediana un' ampia cisti che fu trovata ripiena di una sostanza poltacea. Durante la operazione fu notato che nella costrizione dei lacci si chiudeva la trachea, in causa dell'avvicinamento di alcuno de'suoi anelli. Allora fu d'uopo peduncolizzare il tumore lasciandone in sito una parte. Il tessuto refrattario all' azione dei lacci fu diviso coll'applicazione di molte pinze di Péan e di Billroth che si lasciarono in posto per oltre 48 ore. Una notevole emorragia insorta al distacco di una di queste pinze fu domata col percloruro di ferro: e la porzione di tumore che non fu possibile asportare immediatamente, venne in seguito recisa con un laccio elastico. Per tal modo tutta la tiroide ipertrofica fu completamente asportata. Vennero mostrate le fotografie fatte prendere prima e dopo la operazione.

XXIV. *Morra* (di Napoli). « Sull'identità del croup e della difterite. »

Associandosi pressochè interamente alle viste del suo collega dottore Massei, trovava che il trattamento più conveniente in codesta malattia consiste nell'uso dei dissolventi e degli antisettici: le polverizzazioni d'acido lattico, le pennellature di una soluzione di cloralio in glicerina: come del resto suggerisce dettagliatamente il Morell Mackenzie nel suo ultimo e bellissimo lavoro sulla difterite pubblicata in quest'anno.

XXV. *Labus.* « Dell'influenza che esercita sulla voce il rilasciamento dell'uvola. »

Allorquando si fa intonare ad un cantante una nota bassa, l'ugola normale sta nella posizione verticale: di mano in mano però che la nota intonata è più alta l'uvola si ritira, si accorcia fino che arrivando per esempio, ad intonare un *mi*^{3} l'uvola fa un movimento come di leva o di bilancia disponendosi orizzontalmente. Lo stesso avviene per un'ottava più alta ripetendo la stessa osservazione in una donna. L'uvola però in seguito a catarri, a faringiti, a disordini nervosi può trovarsi in uno stato di rilasciamento, il quale può assumere due forme: o quella di una cascaggine con o senza ipertrofia dell'uvola; oppure può presentarsi sotto una forma, che non viene svelata che dalla prova di cui abbiam parlato sopra, indicando il modo di comportarsi dell'uvola sana nell'intonazione dei diversi suoni vocali. — Certe volte, cioè si presentano al medico degli artisti di canto lamentandosi che la loro voce non li assiste. Un esame non rileva nulla nè a carico della faringe, nè della laringe, nè delle dimensioni dell'uvola: ed allora probabilmente il medico licenzierà quei clienti ingiungendo loro una migliore igiene, qualche nebulizzazione, ecc. — Ma ad onta di queste pratiche la voce non migliora: i clienti può darsi che s'indirizzino al primo medico capitato, il quale senza tanta dottrina, tocca, empiricamente, e per far qualche cosa, l'uvola colla pietra: e l'artista con sorpresa pari a quella dell'empirico si trova guarito da questa sola manovra. Ora se si avesse in questi individui esperimentato il modo di tenersi dell'uvola nelle diverse intonazioni, diceva il relatore, facilmente si avrebbe potuto scoprire nella sua rilasciatezza la ragione dell'imperfetta emissione della voce accusata dai cantanti. Trattasi dunque in questi casi di un vero stato paralitco che si riconosce e si deve ammettere ogniqualvolta l'uvola si mantiene immobile nelle diverse intonazioni a differente altezza di suoni vocali. La cura di siffatto malanno consiste nell'amputazione dell'uvola: se però l'individuo è pusillanime si può ricorrere a pennellature con una soluzione di percloruro di ferro all'1: 30 — 40: sebbene il r.sultato più probabilmente sarà meno completo. Quanto ai metodi per praticare l'amputazione egli consiglia che essa sia parziale, non totale, e la pratica colle forbici. Lennox Brown appoggiava con le sue vedute quelle di Labus: e il professor Elsberg compiva le notizie sull'argomento, consigliando di tagliare in un piano diretto obliquamente dall'indietro e dall'alto all'avanti ed in basso. Fournié si

associava all'Elsberg nelle regole a seguirsi per l'amputazione, aggiungendo l'utilità di tocchi leggieri di nitrato d'argento in lieve soluzione nei giorni susseguenti alla operazione. Il prof. Zawerthal invece tenendo conto della molestissima impressione che i malati risentono e accusano come contraccolpo dall'uso delle forbici annunciava di aver fatto costrurre un *uvulotomo a ghigliottina* di semplicissimo e comodo maneggio il quale non richiede nemmeno l'applicazione preventiva di una pinzetta per fissare l'uvola: stromento e pratica necessaria quando la si voglia amputar colla forbice. Il coltello anulare dell'uvulotomo del dott. Zawerthal ha il filo tagliato obliquamente, in modo che la superficie di sezione del moncone residuo o centrale dell'uvola ha forma leggermente conica.

XXVI. *Cervesato* (di Rovigo) « Le cisti laringee ».

Dopo avere esposto la letteratura di quest'affezione e avere accennato alle sedi più frequenti di tumori siffatti, concludeva che esse si originano da ritenzione quasi costantemente. Ricordava come le si osservino spesso nelle fossette glosso-epiglottide, dove ci possono essere borse mucose che per ritenzione del loro contenuto si trasformano in vere cisti.

Sorgeva allora il prof. Zawerthal descrivendo un altro modo di origine delle cisti laringee: quella che egli ha potuto non raramente osservare e studiare sulle corde vocali vere, al punto di congiunzione del terzo anteriore coi due terzi posteriori delle medesime. Quel punto preciso, se si esamini bene la letteratura dei polipi laringei è anche una loro sede prediletta: e le ragioni che militano per questa predilezione di sede son le stesse sia che si tratti dei fibromi, ad esempio, o dei polipi in generale, sia che si tratti di cisti. Quel punto corrisponde ad un nodo di vibrazione delle corde vocali dove appunto debbono essere massimi gli ostacoli di circolo intestiziale: e là naturalmente più facilmente che altrove s' hanno a mostrare gli effetti locali di questi turbamenti idraulici, cui non ponno non seguire disturbi secretivi, escretivi, ecc., delle glandolette che vi hanno sede. Ecco chiarito un modo d'origine e di formazione delle cisti laringee che risiedon sulle corde vocali, cui il dott. Cervesato nel suo diligentissimo lavoro non aveva abbastanza largamente considerate.

XXVII. *Massei.* « Contribuzione allo studio delle malattie del ventricolo del Morgagni. »

Di tutte le malattie che s'inducano nel laringe non ve n' hanno che due che si posson dir proprie ai ventricoli; le ernie della mucosa, descritte per la prima volta dal prof. Zawerthal e i tumori a rapido sviluppo: le cisti sole fra quelli a lento decorso, sempre fatta eccezione dai corpi stranieri. La struttura della mucosa ventricolare, la passività della funzione di questa parte della laringe spiegano la rara opportunità che si offre allo studioso di osservarne le malattie. La diagnosi delle malattie dei ventricoli non è così semplice; non può affidarsi al dolore, che è qui un sintomo abbastanza infedele; non meglio alla presenza di disturbi respiratorj che non vengono in iscena se non quando si è già

arrivati alle stenosi laringee o alle anchilosi delle articolazioni crico-aritnoidee per diffusion di processo. E nemmeno può esser fondata sicuramente sui disturbi fonetici, per quanto vi sia più d'una ragione a pensare che il ventricolo laringeo non è un semplice serbatojo di muco destinato a lubrificare il vestibolo dell'organo vocale. Concludeva l'Autore: 1.° che le malattie dei ventricoli sono difficilmente diagnosticabili; 2.° che esse possono essere o ernie della mucosa, o tumori, o pericondriti; 3.° che allorquando il tumore albergato nel ventricolo non è una cisti, si debbe pensare a neoformazioni maligne; 4.° che la laringotomia proposta da alcuni come mezzo di cura, non è accettabile; 5.° che le ernie ventricolari sono operabili con processo endolaringeo.

XXVIII. *Zawerthal.* « Sulle affezioni sifilitiche del laringe ».

Dopo aver riguardata la questione delle placche mucose come già risoluta in senso favorevole alla loro esistenza in laringe, ed avere dato il contingente delle sue osservazioni personali in argomento, il relatore chiamava l'attenzione degli specialisti sovra una forma di sifilide laringea che è importante a studiarsi massime dal punto di vista della diagnosi differenziale e della cura. Si tratta di un tipo nosografico che differisce tanto pel suo decorso quanto per la sindrome clinica dalle forme consuete di sifilide laringea. Il relatore l'ha incontrata in individui deperiti nella nutrizione, uscenti da genitori sifilitici, tubercolosi o cachettici per gravi infermità superate. Si tratta in questi casi di individui scaduti che si presentano spesso al medico per consultarlo sulla perdita graduale della loro voce, sull'accumulo frequente di catarro nelle vie aree per la tosse, pei sudori che li infastidiscono e li spossano durante la notte e allo spuntar del giorno. Vengono colla diagnosi più o men pietosamente mascherata di tubercolosi; e se si esamina la loro laringe, si potranno trovare delle ulcerazioni o delle erosioni semplici a norma della stadio e della durata antecedente del morbo. Il vestibolo laringeo è ingombro di muco-pus; potranno anche non mancare l'aspetto *velutato* della commissura inter-aritnoidea, e i punti giallastri indicati da Schrötter per segnali indefettibili della laringite tubercolosa, e ad onta di tutto questo corredo che non è ancora completo, guidato *caeteris paribus*, dall'assenza dell'emoptoe, dell'odinfagia, dell'anemia profonda della mucosa faringea e dall'anamnesi bisogna far capo alla sifilide, possa poi o no il paziente ricordare od ammettere il fatto d'una infezione che spesso è contratta prima di nascere. E così quante volte, come l'ozena ritenuta erroneamente scrofolosa, non è invece che un fatto di sifilide ereditaria, la laringite ulcerosa che si potrebbe credere d'indole tubercolare, non è che un tardo retaggio, ma ineccepibile d'una sifilide latente da tempo indeterminato o ereditaria! Proseguiva il relatore nella enumerazione dei mezzi migliori per vincere le forme celtiche del laringe: e dopo aver sostenuta la necessità, dubbia per alcuni, di un trattamento locale associato alla cura generale, si dichiarava partigiano non recente delle polverizzazioni di sublimato seguite dalle in-

sufflazioni di calomelano che gli hanno dato ottimi successi anche in contingenze gravi, specialmente accoppiandone l'uso a quello interno del decotto dello Zittmann. Gli è certo che in presenza di prodotti organizzati, a briglie, bendelli, inspessimenti, ecc., che ponno compromettere gravemente la permeabilità del laringe, ad altri mezzi convien ricorrere, i quali sono troppo ben conosciuti dagli specialisti, perchè sia necessario intrattenersi a descriverli o raccomandarli.

XXIX. *Masucci.* « Sull'uso delle doccie nasali d'aria compressa, semplici e medicate secondo il metodo del prof. Massei ».

Certi catarri ostinati delle vie nasali dopo esperiti invano tutti gli argomenti terapeutici avrebbero volto a guarigione col trattamento ora indicato e da certo tempo posto in pratica dal dott. Massei. Esso consiste nel porre le cavità nasali in comunicazione coll'apparecchio di Waldenburg e coll'esercitare sulle pareti di quelle cavità e in grado proporzionato quella pressione che si usa far sentire alle pareti degli alveoli polmonari date certe condizioni morbose analoghe. L'aria anche pel naso, può essere semplice, ed agire unicamente per la maggiore pressione sotto la quale si trova, e può anche essere medicata per diverse droghe ed agire in conformità della loro azione terapeutica sotto quella determinata pressione. Le forme morbose che avrebbero mostrato di maggiormente giovarsi di questo sistema di cura stanno sotto la rubrica dei catarri cronici come s' è detto, delle blenorree nasali, delle stenosi per rilasciamento cronico della mucosa che tappezza i turbinati e i meati.

XXX. *Capart* (di Bruxelles). « Dell'influenza esercitata sulla laringe e sulla trachea dalle affezioni delle fosse nasali e del cavo-naso faringeo ».

In diversi modi lo stato della laringe e della trachea può venir modificato dalle malattie del naso e del cavo naso-faringeo: il più ovvio consiste nei propagarsi dell'irritazione locale, per diffusione del processo infiammatorio, pel trasporto di materiali capaci di una azione irritante qualsiasi, quando non sono essi stessi il veicolo di sostanze inficienti: ad esempio, nella sifilide. Oltre di che non manca un altro modo legato alle funzioni del naso e del laringe come organi egualmente interessati nella produzione del suono. Invero allorquando le fosse nasali posteriori sono ostruite, l'aria esce difficilmente attraverso i meandri nasali; la risonanza è diminuita, il rinforzo del suono faringeo, incompleto; laonde l'individuo volendo in qualche modo supplire al difetto, sforza la voce, affatica il laringe, risultandone almeno un catarro laringeo con qualche più o meno leggiera paresi dei muscoli fonatori, quando pel lungo ripetersi di questi disordini non s'arriva anco ai malanni più gravi e spesso irrimediabili dell'atinergia vocale.

Con questo del dott. Capart rimase esaurita la serie dei lavori presentati dai singoli Autori e discussi in seno al Congresso. Daremo ora un cenno brevissimo di quelle altre memorie che furono spedite alla

Comissione e sulle quali diversi dei membri del Congresso han riferito innanzi all'Assemblea.

I. *Sidlo.* « Sul trattamento della difterite faringea a mezzo del bistorì ».

Riferiva il dott. Catti accennando a questo metodo di cura locale preconizzato dal dott. Sidlo per distruggere scarificandole ed esportandole le placche difteriche che ingombrano la faringe. Il relatore raccomandava l'inserzione del lavoro *in toto* nei rendiconti del Congresso.

II. *Porter* (di S. Louis). « Sulla escisione della epiglottide ».

Crede sia funzione dell' epiglottide dirigere e coordinare le onde sonore. Annovera le malattie che ne indicanò l' escisione e aggiunge un caso clinico. Ricorda la letteratura che riguarda questo argomento. — Riferiva il dott. Grazzi.

III. *Bristowe* (di Londra). « Sugli effetti della pressione esercitata sulla trachea e sul nervo ricorrente ».

Nulla di nuovo. — Riferiva il dott. Capart.

IV. *Moura-Borouillou* (di Parigi). « Statistica millimetrica delle diverse parti dell'organo della voce ».

Riferiva il dott. Fournié. Si tratta di pazienti ricerche instituite dall'Autore onde fornire queste precise misure sulle quali come su tutte le questioni di fatto sarebbe difficile, o meglio impossibile a qualunque relatore di pronunciarsi ».

V. *Cazenave.* « Uso delle acque minerali solforose contro le laringiti croniche e la faringite granulosa ».

VI. *Rumbold* (di S. Louis). « Pregi del suo *spray producer* rispetto agli altri apparecchi analoghi per le relative applicazioni alla faringe e dipendenze ».

Riferiva il professor Stoerk deplorando che l' Autore non conosca quello che si è fatto in Europa: non v' ha trovato di buono che una osservazione, che del resto è tutt' altro che nuova: quella cioè che spesso le malattie laringee dipendono da affezioni delle cavità nasali. — Nè il relatore si esprimeva più favorevolmente circa ad un altro lavoro di Rumbold sulla faringite di cui egli bensì ha dato una esatta descrizione, ma che non può avere utilità se non per coloro che non abbiano mai letto nulla in proposito.

VII. *Koch* (di Luxembourg). « Sulla ignipuntura nelle affezioni delle prime vie respiratorie. »

L' Autore impiega, secondo che riferiva il dott. Krishaber la ignipuntura nel trattamento di molte faringiti glandolari, tomentosità della mucosa, granulazioni laringee, ecc.

VIII. *Battaglia.* « Risultato di alcune sue esperienze fatte nei cani sul nervo laringeo superiore. »

Questo nervo non solo è nervo di senso, ma anche contiene fibre motrici, e concorre col nervo ricorrente alla fonazione. Riferiva il dottor Masucci.

IX. *Mouze* (di Bordeaux) « Sui polipi cistici del laringe e specialmente sulle cisti dell'epiglottide. »

Questi tumori, diceva il relatore dott. Labus, si diagnosticano coll'esame laringoscopico: se stanno innicchiati nel ventricolo non compromettono la fonazione finchè crescendo non arrivino fin sulle corde vocali. Le cisti dell'epiglottide in generale sono coniche, globose, più piccole se stanno sulla superficie laringea della epiglottide, più voluminose se si siedono sulla sua superficie orale. Il decorso è progressivo: possono talora arrestarsi nel loro sviluppo per riprenderlo di poi sotto l'influenza di cause accidentali. Sono tumori di natura benigna che possono scomparire da sè, scoppiando. La diagnosi loro non offre difficoltà. Quanto al trattamento, se sono intralaringee, sarà opportuno di schiacciarle fra le branche della pinza; se sono extralaringee, se risiedono sulla epiglottide, sarà conveniente di esciderle con forbici curve. La recidiva si osservò una sola volta in seguito alla puntura del tumore.

X. *Schmithuisen* (di Aix-la-Chapelle). « Del ripristinamento della voce perduta da dieci anni ottenuto col risultato dell'esame rinoscopico. »

Il paziente, impariamo dal relatore dott. Elsberg, era stato infruttuosamente spedito ad Heidelberg, a Wiesbaden, quando il dott. Schmithuisen ebbe occasione di esaminarlo, e trovò la presenza di un calcolo nascosto nella cavità naso-faringea. Estrattolo, la voce fu riacquistata interamente.

XI. *Schaeffer* (di Brema) spediva al Congresso un suo *Laringoscopio* ch'egli dedica a quei medici pratici che si trovano obbligati ad esaminare il laringe, il naso, le orecchie, non avendo a disposizione che una debole sorgente luminosa. L'apparecchio consta di due cilindri in ferro annerito costrutti in modo che uno s' invagini nell'altro: un d' essi porta una lente convessa che ha un raggio di curvatura di 5 centimetri e una uguale distanza focale. L' apparecchio è tascabile e si deve impiantare sulla lucerna che il medico ha a sua disposizione. Non si tratta poi infine che di un apparecchio per rinforzare d'alquanto la illuminazione.

X. *Cutter* (di Boston). « Sulla natura delle membrane del croup. »

In questo lavoro, intorno il quale riferiva lo Zawerthal, l' Autore poneva le seguenti conclusioni: 1.° le membrane del croup son di natura vegetale; si sono già studiati i filamenti miceliali e si ha potuto avere con una conveniente coltura la fruttificazione del fungo; 2.° Il processo inflammatorio croupale è secondario allo sviluppo di queste forme vegetali; 3.° Il trattamento quindi in casi di croup non deve esser diretto all'infiammazione, ma inspirato a misure parassiticide (fumigazioni di zolfo bruciato, polverizzazioni di acido salicilico, fenico, timico, ecc.), e coadjuvato da un nutrimento che sia il più roborante possibile entro i limiti della potenza digestiva del ventricolo dell'infermo; 4.° Non tutti i lembi di membrane croupali sono ugualmente adatti allo studio di quei parassiti. Il relatore faceva voti perchè simili studj i cui risultati furon posti innanzi con tanta fede dal dott. Cutter vengano ripetuti su larga

scala a illustrazione dell'argomento, e in omaggio alla desiderata concordia dei pareri attualmente tanto ancora divisi.

XI. *Caselli Azzio* (di Reggio d'Emilia). « Relazione particolareggiata del noto caso di granuloma della faringe, felicemente operato colla estirpazione completa della laringe, faringe, base della lingua, velopendolo e tonsille. »

Il valente e fortunato chirurgo, presentava ai membri del Congresso la paziente operata: robusta contadina alla quale l'apparecchio fonico applicatole dallo stesso Caselli permetteva di esprimere con voci articolate la propria gratitudine pel suo salvatore. È inutile dire quali e quante attestazioni di stima egli raccogliesse specialmente dagli stranieri, i primi ad applaudire con entusiasmo alla deliberazione proposta dal nostro Massei in onore di questo illustre italiano. Crediamo di omettere poi la relazione del caso del Caselli perchè essa è già stata da più di un anno pubblicata per *extenso*.

Condotti a fine i lavori del Congresso, l'assemblea si dovette preoccupare dell'epoca della futura sessione e del luogo dove tenere il prossimo Congresso internazionale di Laringologia. Il dott. Lennox Browne facendosi eco ed interprete dei sentimenti e dei desiderj esposti anche per lettera dai laringo-chirurghi inglesi a mezzo dell'illustre M. Mackenzie, proponeva che il Congresso dovesse radunarsi il prossimo venturo agosto a Londra in occasione del Congresso internazionale laringologico. Ma siccome fu stabilito che il Congresso internazionale di laringologia si dovrebbe tenere ogni due anni, così senza poter aderire al gentile invito dei laringologi inglesi, ma apprezzandone altamente la cortesia, fu deciso essere voto dell'Assemblea che i suoi membri si rechino individualmente il prossimo estate a Londra come membri del Congresso medico; non riuniti però in Congresso di specialisti laringo-chirurghi. Il quale invece si terrà nell'autunno (settembre), del 1882 a Parigi (1).

Finalmente venne deliberato di pubblicare per intero nel volume degli Atti del Congresso tutti i lavori che vi son stati presentati, e le bellissime parole con cui il Presidente salutava gli illustri colleghi che avevan voluto porre tanta distanza fra sè ed i loro cari pur di onorare il 1.° Congresso internazionale di Laringologia, che gli italiani considereranno sempre col giusto sentimento di una solennità nazionale.

Vladimiro Zawerthal.

---

(1) A preparare il secondo Congresso laringologico internazionale furono deputati i signori prof. Krishaber, Fournié, Gouguenheim e Blanc di Bordeaux.

NONO CONGRESSO DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

tenuto in Genova dal 15 al 23 settembre 1880.

Aprivasi il Congresso con forbito discorso del prof. Luigi Ageno, Presidente della Commissione ordinatrice: dopo lui parlarono il rappresentante del Prefetto della provincia, comm. Marcucci; il rappresentante del Sindaco, prof. Pier Maria Garibaldi; del Rettore dell'Università, prof. avv. Bruzzo; del Ministro della Guerra, generale medico dottore Manayra; della Società francese d'Igiene, dott. Pietrasanta.

Nominati *Presidenti onorarj* i professori Salvatore Tommasi, Guido Baccelli, Luigi Concato, Carlo Gallozzi, Enrico Bottini, Mariano Semmola, Costanzo Mazzoni, Giovanni Brugnoli; il professore Luigi Ageno venne eletto per acclamazione Presidente. Furono quindi designati *Vice Presidenti*: Giuseppe Pepere, Luigi Casati, e *Segretarj* i dottori Pierazzini, Barduzzi, Du Jardin.

Il Congresso generale suddividevasi in 6 sezioni, e cioè: ***Medicina*** (1), ***Chirurgia*** (2), ***Anatomia***, ***Fisiologia*** e ***Scienze naturali*** (3), ***Igiene***, ***Medicina pubblica***, ***Medicina legale*** (4), ***Studj speciali*** (5), ***Chimica*** e ***Farmacia*** (6). Delle materie trattate in ciascuna di queste sezioni daremo conto succinto giovandoci principalmente delle relazioni pubblicate durante il Congresso medesimo dall'*Italia Medica*. Per due sezioni (*Chirurgia e Igiene*) e per le materie di Ostetricia e Ginecologia potemmo avere relazioni speciali dai prof. Caselli e Pagliani.

---

(1) *Presidente*: Baccelli prof. Guido. — *Vice Presidenti*: De Renzi professor Enrico, Concato prof. Luigi. — *Segretarj*: Pierazzini dott. Giuseppe, Ampugnani dott. Gian Carlo.

(2) *Presidente*: dott. Giuseppe Elia. — *Vice Presidenti*: prof. G. Mazzoni, prof. C. Gallozzi. -- *Segretarj*: dott. M. Caneva, dott. Tansini.

(3) *Presidente*: prof. Giulio Bizzozero. — *Vice Presidenti*: prof. Golgi Camillo, prof. P. Albertoni. — *Segretarj* :dottor C. Sanquirico, dottor L. Cervello.

(4) *Presidente*: prof. Ratti Francesco. — *Vice Presidenti*: prof. Toscani Davide, prof. F. Scalzi. — *Segretarj*: dott. Girola Giacinto, prof. L. Pagliani. *Presidenti onorarj*: Maggior generale dott. Manayra, dott. P. Pietrasanta, dott. C. Zucchi.

(5) *Presidente*: prof. Pelizzari Pietro. — *Vice Presidenti*: prof. Belluzzi Cesare, prof. cav. Secondi Riccardo. — *Segretarj*: dott. Verdese Angelo, dottor Pittaluga Enrico.

(6) *Presidente*: prof. Nepomuceno Cardella. — *Vice Presidenti*: prof. Pessina, dottor Viale. — *Segretarj*: Bontà Gio. Batt., Papa Paolo, Cabella Gian Luigi.

SEZIONE I. — *Medicina.*

1.ª Adunanza.

I. *Bozzolo.* « Sull'anemia del Gottardo, sull'anchilostomiasi e sul *paramoecium coli.* »

Il Dubini nel 1838 aveva scoperto in Milano un parassito, l'Anchilostoma duodenale, alla cui presenza attribuì la produzione di speciali cachessie.

Nel 1855 il Griesinger dimostrò la clorosi dell'Egitto doversi a questo parassito. Più tardi furono fatti altri studj che il disserente passa in rassegna. Al quale proposito riferisce come tale parassito diffuso in Lombardia fosse da lui in seguito trovato anche in Piemonte in operaj di fornaci da mattoni, e si accompagnasse a grave anemia, aggiunge ancora come venne avvertito anche nei malati d'anemia del Gottardo che potè esaminare. E venendo a parlare di questo, crede doverlo distinguere dalla forma di anemia che aveva osservata negli operaj delle fornaci e per il minor numero di uova che si trovano nelle feccie di questi malati e perchè non si osserva in essi nè aumento dell'aja del cuore, nè maggior impulso cardiaco, nè polso scoccante, come nei casi di anchilostomiasi.

Tra le cause che più valgono a produrre la malattia del Gottardo nota come principali l'elevata temperatura che si nota nell'interno del *tunnel* e la saturazione dell'atmosfera di vapore acqueo, per cui coloro che vi stanno a lavorare sono in preda per così dire ad una specie di febbre artificiale, e crede che assai secondaria debba essere l'influenza dell'anchilostoma. Mancano ancora, dice, nella malattia del Gottardo quelle gravi enterorragie che si trovano nell'*anchilostomo-anemia.*

Non dichiarandosi sulla guaribilità di tale malattia, dice non aver avuto alcun effetto dall'uso di tutti gli anti-elmintici adoperati, accennando all'olio etereo di felce maschio che diede al prof. Perroncito ottimi risultati. Spera di poter sperimentare presto un rimedio popolare nel Brasile, dove l'anchilostomiasi è endemica.

Accenna ancora alla presenza confermata nelle feccie di questi ammalati di altro strongilo, ritrovato dal prof. Perroncito, l'*anguillula intestinalis*, la quale darebbe uova molto simili a quelle dell'anchilostoma. Termina indicando come in alcuni di questi ammalati trovò anche l'*anguillula stercoralis*, ed accennando all'importanza della scoperta del *paramoecium coli* in Italia dove mai era stato verificato.

Il prof. Perroncito dice di essersi occupato molto di questa malattia e da alcune necroscopie essersi convinto della natura parassitica della malattia, avvalorando tale convinzione colla relazione di parecchi casi che furono osservati anche nella clinica del prof. Concato

Non crede infine che un'azione lenta sul sangue, quale è quella che sarebbe prodotta secondo il Bozzolo dai gas contenuti nell'aria del *tunnel*, possa riuscire a produrre tale grave malattia.

Il prof. Concato crede per lo contrario più accettabile l'idea del professor Bozzolo e che l'anchilostomiasi non sia la causa principale di tale malattia; a conferma di ciò dice che essa si è cominciata a sviluppare quando i lavori del *tunnel* erano già arrivati a una certa profondità; cioè quando si incontrò un'elevazione notevole nella temperatura e si cominciò a sviluppare acido solforoso, ossido di carbonio ecc.; contro l'argomento portato dal Perroncito sulla lenta azione di questi gaz cita osservazioni fatte di oligoemia in fabbri ferraj; oligoemia che egli attribuì all'azione dell'ossido di carbonio ed un caso di lento avvelenamento d'intera famiglia per gaz illuminante. Aggiunge sul miglioramento ottenuto negl'infermi curati nella sua clinica dicendo che tra gli altri uno con ottima dieta e lattato di ferro potè uscire con un aumento nel peso di 20 chil., scomparsa dell'anemia sebbene nelle feccie si notassero anche uova di anchilostoma.

Nota ancora gli effetti avuti dall'enteroclisma e dalla trasfusione del sangue a proposito della quale riferisce l'opinione del Virchow sulla poca utilità della stessa.

Il prof. Bizzozero combatte l'azione lenta dei gaz come concausa della malattia in discorso, dicendo che tanto nei fabbri ferraj quanto nell'altro caso citato dal prof. Concato, la causa morbosa era permanente; fatto che non si verifica in questi, perchè i soggetti continuano a peggiorare anche tornati alle proprie case. Riguardo alla trasfusione del sangue non può accettare l'idea della sua inutilità.

A queste osservazioni risponde ribattendole il prof. Concato, e replicando fra le altre sull'importanza del fatto dello sviluppo della malattia quando i lavoratori penetrarono a maggiori profondità.

Il prof. Albanese non crede possa accettarsi assolutamente l'opinione emessa dal Virchow sulla trasfusione del sangue, che crede possa moltissime volte riuscire veramente utile.

Ripresa la discussione nell'adunanza successiva sul medesimo argomento, il professor Pagliani dice sembrargli che troppo si restringesse la questione alludendo da una parte alla semplice presenza in eccesso di acido carbonico nelle gallerie perchè in esse si forma anche dell'azoto. Crede perciò nella produzione della malattia del Gottardo doversi badare non tanto all'influenza dell'anchilostoma, che pure sì diffuso in altre regioni mai diede sì tristi effetti, quanto alle miserabilissime condizioni igieniche nelle quali vivono gli operaj del Gottardo; propone perciò all'adunanza di avvalorare col suo voto l'altro già espresso dalla sezione d'igiene: dopo alcune osservazioni del Presidente, la proposta viene approvata all'unanimità.

2.ª Adunanza.

II. *Pierazzini Giuseppe.* « Della difterite. »

Dice d'averne osservato 75 casi a Pontedera, paese di 8000 abitanti. In tutti questi casi si trattava di fanciulli dai 2 ai 7 anni; in essi la

temperatura si elevava in media a 38°, 5 e 39 e 5 nel mattino ed a 40°, 5 e 41 alla sera.

Il disserente espone la sintomatologia, dalla quale poscia viene ad inferire che la difterite talora si verifica epidemicamente nei bambini, e che assume l'aspetto di malattia infettiva; appoggia tale asserzione basandosi sul fatto che l'essudato appare sempre dopo la comparsa dei fenomeni generali, ed eccezionalmente di conserva ai medesimi.

Sostiene che la malattia non abbia un carattere locale, ma appartenga alla classe delle malattie infettive, non potendosi, egli dice, spiegare talvolta la gravezza dei fenomeni generali con lesioni locali così piccole. Non nega che nell'essudato difterico esistano parassiti, ma come vegetazioni successive. Egli ripone il carattere della difterite nella proliferazione cellulare del connettivo sotto-mucoso, per cui necrosi dei tessuti sottostanti, e crede la malattia sia contagiosa massime per contatto diretto immediato.

Apertasi la discussione, il dott. Giani, medico dei poveri a Milano, avendo avuto occasione di osservare moltissimi bambini affetti da difterite, dice d'aver ottenuto buoni risultati curativi dall'applicazione delle sanguisughe, e dall'uso del ghiaccio e degli eccoprotici. Sostiene che la difterite non è che un'infiammazione delle parti avente tendenza alla gangrena a seconda della maggiore o minore forza della malattia.

Il dott. Rocca fa osservare aver ottenuto ottimi risultamenti dalle cauterizzazioni locali con azotato d'argento. Dice il sanguisugio essere fatale ceme quello che deprime le forze dei bambini.

Il dott. Turri, lodando il relatore, si qualifica partigiano della teoria che considera la difterite una vera e grave malattia d'infezione come ha sostenuto il dott. Pierazzini. A comprovare la sua asserzione narra come in un caso di difterite si manifestarono su tutto l'ambito cutaneo delle pustole ripiene d'un essudato icoroso. Aggiunge che le ripetute cauterizzazioni col nitrato d'argento fanno aggravare le condizioni locali e generali. Narra di uno splendido caso di guarigione dovuto in parte alla robustezza dell'ammalato ed in parte ai mezzi curativi adoperati, quali il solfato di chinina ad alta dose, i gargarismi con acqua di calce e clorato di potassa, e bibite abbondanti composte con latte, con clorato di potassa e con cognac.

III. *Concato.* « Storia clinica di un caso di sifilide cerebrale. »

La diagnosi presentava la massima difficoltà per la varietà dei fenomeni. Ei fu indotto a credere si trattasse di sifilide cerebrale, quantunque dessero risultati negativi l'esame degli organi genitali e le notizie anamnestiche. L'autopsia fatta dal prof. Vlacovich e l'esame microscopico del fegato e del cervello rimesso al professor Tommasi Crudeli, come viene a risultare dalla relazione che ne legge il dott. Marchiafava, confermarono in modo indubitato trattarsi di sifilide cerebrale.

Il dott. Marchetti cita un fatto identico che ebbe occasione di osser-

vare e nel quale la diagnosi da lui stabilita di processi circoscritti di sifilide cerebrale fu confermata dal buon successo che ottenevasi dalla cura mercuriale prescritta.

Il prof. De Renzi espone la storia di due casi di sifilide del cervello osservati in clinica; casi che si prestano a importantissime considerazioni per la lunga durata del periodo di latenza della sifilide e per la mancanza dei fenomeni secondari. Accenna come in uno di essi ottenne la guarigione coll'uso di joduro di potassio e nell'altro considerevole miglioramento dall'joduro e dalla cura mercuriale.

IV. *De Renzi.* « Nota sulla secrezione renale dell'acido fosforico nelle diverse malattie. »

Indica come dal numero considerevolissimo di osservazioni fatte nella Clinica medica di Genova (parecchie centinaja solo nell'ultimo anno) si possono dedurre queste conclusioni.

1.° In nessun ammalato si è trovato la mancanza assoluta di acido fosforico nell'urina.

2.° Non v'ha malattia che si accompagni in modo assoluto e costante con un aumento o una diminuzione dell'acido fosforico nell'urina.

3.° D'ordinario la massima quantità di acido fosforico si trova nell'urina dei diabetici.

4.° Nei tisici la quantità dell'acido fosforico non eccede sensibilmente la quantità normale. Il fosfato di calce invece aumenta costantemente nelle urine degli stessi, fatto dimostrato da lui per la prima volta.

5.° Attenendosi ai risultati ottenuti nella Clinica genovese da numerosissime osservazioni si è costretti a negare l'esistenza di un diabete fosfatico ammesso e descritto dal Teissier.

Il prof. Maragliano da numerosissime osservazioni fatte intorno alla quantità dell'acido fosforico esistente nelle urine, separate immediatamente dopo gli accessi epilettici, deduce esservi talora aumento dell'acido fosforico, talora no; aggiunge quindi non potersi come per contro succede per l'urea trovare un rapporto diretto tra la quantità di acido fosforico emesso e le condizioni del ricambio materiale nei varii tessuti.

Il dott. Massini dice che anche nei casi gravi di rachitismo si trova eccedente l'acido fosforico nell'urina per cui può servire come elemento di diagnosi.

Il prof. Concato trovò aumento di fosfati nell'urina di ammalati affetti da reumatismo articolare acuto accompagnato da grave febbre, ma senza fenomeni nervosi.

Il prof. Silvestrini non crede sia ancora nello stato attuale della scienza accettabile l'asserzione del prof. De Renzi sulla non esistenza del diabete fosfatico. In appoggio di ciò riferisce un caso da lui osservato.

Dopo brevi parole del' prof. De Renzi in risposta ai prof. Màragliano Concato e Silvestrini, il dott. Fiore, assistente alla Clinica propedeutica di Torino, comunica d'aver ei pure fatto osservazioni sull'urina degli epilettici in rapporto alla quantità dell' acido fosforico in essa contenuto, e di averne avute risultanze simili a quelle del professor Maragliano.

V. *Zawerthal.* « Della patogenesi dell'asma bronchiale. »

Premette alcuni cenni anatomici riguardanti la struttura dei bronchi assegnando la massima importanza alle fibrille muscolari liscie che avvolgono a guisa di spire le estremità dei rami bronchiali innanzi che si aprano negli alveoli polmonari. A tali fibrille attribuisce l'ufficio importante dell' espirazione. Passa in rassegna le varie cause dell'asma e trae le seguenti:

1.° Esistere una specie d' asma indipendente da lesioni materiali apprezzabili dell'apparecchio respiratorio, detto asma nervoso o bronchiale.

2.° Non potersi ammettere fra le nevrosi questa specie di asma, la quale in processo di tempo per le alterazioni istologiche che induce nella funzione polmonare, perde la propria individualità ed entra nel novero dei sintomi che da quelle alterazioni derivano.

3.° Essere in oggi appianate le divergenze fra coloro che ritenevano l'asma bronchiale una forma *sui generis* e quelli che lo volevano come un epifenomeno di preesistenti affezioni polmonari o cardiache.

4.° Le teorie immaginate per chiarire la causa prossima dell' asma, doversi ridurre a due:

a) quella della paralisi;

b) quella della spasmo dei muscoli bronchiali.

5.° Delle due la più accettabile, ritenendo l' asma come un semplice disturbo nervoso, essere la seconda, l'altra divenirlo quando il quadro clinico dell'asma riposi già sopra alterazioni contestuali del polmone e del cuore.

6.° La causa vera dell' asma doversi riferire dal clinico all' alterata crisi chimico-fisica dell'atmosferà polmonare.

7.° Essere in favore di tale teoria chimica:

a) L'esperienza fisiologica;

b) La natura delle cause immediate dell'asma;

c) Il decorso clinico;

d) L'efficacia d'una determinata cura.

Il prof. Concato cita quindi un caso in appoggio di quanto ha detto il dott. Zawerthal, e per dimostrare come un'asma bronchiale possa a lungo durare senza indurre alterazioni nella funzione polmonare.

Il dott. Nannotti comunica altro caso recente di asma nervoso.

Il prof. Cardarelli dimostra che la forma asmatica descritta da Zawerthal può esistere, ma è ben distinta dalla forma spastica che si osserva in clinica.

Il prof. Tommasi nega anch'egli che l'alterazione della crasi chimico-fisica dell'atmosfera polmonare sia la causa esclusiva dell'asma, e concedendo che l'accumulo in eccesso dell'acido carbonico nei polmoni, possa prolungare l'accesso asmatico, sostiene tuttavia doversi ammettere una forma di asma nervoso.

Il Presidente, rileggendo le conclusioni del dott. Zawerthal, soggiunge che il primo concetto è ammesso da tutti i clinici, e che si deve tuttavia anche ammettere che in tutte le forme di asma ci sarà alla fine eccesso di gaz acido carbonico.

3.ª Adunanza.

VI. *Becchini.* « Sulle febbri intermittenti del Monte Amiata. »

Dimostra come in quel paese sia tale l'aumento dei casi di febbre intermittente, che l'attenzione del Governo dovrebbe seriamente rivolgersi alla ricerca delle cause che lo determinano.

Il prof. De Renzi a proposito delle osservazioni fatte dal dott. Becchini, ricorda un nuovo rimedio contro la febbre intermittente, sperimentato ultimamente nella sua Clinica con felice successo. Questo rimedio, che consiste nell'elettricità, merita di essere studiato per istabilire quando e come debba opportunamente adottarsi. Il dott. Bruni e il dott. Bosisio, nonchè il prof. Baccelli, a conferma delle osservazioni del prof. De Renzi, accennano a molti casi di febbre guariti coll'elettricità.

VII. *Chiarleoni.* « Della cura del tifo con le applicazioni fredde. »

L'Autore curava in Cuneo, e con ottimi effetti, 32 casi di tifo mediante la sottrazione del calorico locale, graduale e continua: valevasi perciò di compresse bagnate in acqua fredda ed applicate sull'addome per tutto il tempo della malattia.

VIII. *Maragliano.* « Dell'influenza della sottrazione sanguigna sul processo flogistico. »

Da ricerche sperimentali fatte sulle rane e sui conigli, seguendo le modificazioni che la sottrazione sanguigna induceva sul processo flogistico in atto, conclude che le sottrazioni sanguigne medesime fanno precipitare il corso del processo flogistico e lo aggravano considerevolmente.

IX. *Concato.* « Sugli stringimenti intestinali. »

Riferisce la storia di alcuni casi clinici ed alcune sue osservazioni anatomo-patologiche relative ai medesimi.

4.ª Adunanza.

X. *Silvestrini* e *Conti.* « Sulla emoglobinuria parossistica. »

Il prof. Silvestrini accenna dapprima agli studj fatti sopra questa malattia da coloro che primi l'osservarono. Osserva quindi come fossero diverse le cause che si adducevano per ispiegarla e come le necrosco-

pie poca luce vi portassero. Descrive perciò tre casi di questa affezione da lui osservati. In un caso trattavasi di un tale che nella prima età non aveva sofferto che di febbre malarica, ed ora andava soggetto a diversi intervalli ad una malattia caratterizzata da brivido intenso, dolore all'epigastrio, nausea, vomito, itterizia ed ematuria. Nell'ultimo accesso di questa malattia i sintomi si presentarono molto più gravi, nelle urine si notò la presenza di molta albumina ed emoglobina, scarsità d'urea e di sali, al microscopio molte granulazioni simili a piccoli corpuscoli rossi, che avevano perduto la materia colorante, cilindretti albuminosi e jalini molto pigmentati. Infine comparve anuria, profuso sudore, sopore e indi la morte. Alla necroscopia si osservò esistere: rammollimento acuto della milza, infiammazione acuta lobulare disseminata del fegato con necrobiosi rapida delle cellule, periflebite portale, produzione di linfomi isolati, occlusioni delle estremità terminali della Porta, vene epatiche e condotti biliferi in rapporto coi lobuli distrutti, infine nefrite tubulare desquamativo con emorragia intratubulare.

Il prof. Silvestrini dimostra quindi come in tal caso dalla milza alterata in seguito alla malaria potessero portarsi dei principii anomali nel fegato e produrre l'alterazione di nutrizione delle cellule epatiche. Con ciò crede spiegare le lesioni osservate. Quanto alla colorazione delle urine, la riferisce alla presenza nella stessa dell'emoglobina disciolta, proveniente dall'azione sul rene di un acido organico, forse derivato dall'acido urico od ippurico, e non molto dissimile dall'acido pirogallico (1).

XI. *Sciamanna.* « Sopra un caso di pachimeningite cervicale esterna. »

Il dott. Sciamanna riferisce un caso importante di quest'affezione da lui osservata in modo primitivo. Si trattava di persona che all'età di 49 anni cominciò a soffrire dolore e spasmo muscolare alla regione posteriore del collo con immobilità del medesimo, indi insorse atrofia dei deltoidi, paresi del braccio sinistro, nevralgie notturne del passo cervico-brachiale sinistro, e infine atrofia dell'arto superiore di questo lato, mano ad artiglio, paralisi senza atrofia degli arti inferiori ed indi morte. Egli avea fatto la diagnosi di pachimeningite cervicale ipertrofica dello Charcot. Alla necroscopia trovò una pachimeningite cervico-dorsale esterna primitiva, atrofia della sostanza grigia del midollo e delle radici, e atrofia muscolare, cancro primitivo del fegato con riproduzione del tumore nello speco vertebrale; endocardite mitrale settica. Dai quali fatti è indotto a conchiudere le seguenti cose:

1.° Si dà una pachimeningite spinale esterna primitiva.

2.° Questa forma principalmente cervicale offre lo stesso quadro sintomatico della pachimeningite cervicale ipertrofica recentemente descritta dallo Charcot e Geoffroy.

XII. *De Renzi.* « Analisi dell'urea. »

---

(1) Vedi. « Ann. un. Med. » Vol. CCLIV, p. 338.

Aveva egli fatto quest'analisi per lo passato col metodo del concentramento, ed in quest'anno la ripeteva col metodo dell'Esbach, dall'esame comparativo delle analisi risulta:

1.° In diversi individui soffrenti la stessa malattia e nello stesso individuo in diversi periodi del morbo varia molto la quantità d'urea segregata in 24 ore.

All'opposto in malattie diverse trovasi spesso la stessa quantità di urea. E ciò perchè l'urea è indispensabile prodotto della combustione delle sostanze albuminoidi, la quale deve compiersi nell'infermo colle stesse leggi che nel sano.

2.° La quantità d'urea segregata in 24 ore dagli infermi è in rapporto: (a) colla quantità e qualità dell'alimento (b) coll'attività nervosa e col lavoro muscolare e colla produzione del calore animale (c) collo stato dei muscoli e dei reni.

3.° La quantità media giornaliera dell'urea in cinque diabetici fu superiore di poco a quella osservata in qualsiasi altro infermo, a motivo dell'alimentazione carnea e della quantità d'alimento, non già per il diabete stesso.

4.° Condizioni influenti nella produzione dell'urea sono specialmente la febbre (non però in proporzione dell'alto grado della temperatura) e l'accresciuta attività del tessuto nerveo-muscolare.

5.° Le malattie del fegato fanno anche variare la produzione d'urea, servendo quest'organo, secondo i moderni, alla trasformazione dei principii albuminoidi in urea. In genere difettando l'urea, l'intero fegato si trova malato, mentre una lesione benchè diffusa dell'organo può associarsi a normale quantità d'urea.

6.° Anche lo stato dei reni influisce sulla quantità.

Il prof. Tommasi crede necessario, a proposito della quantità dell'urea segregata dai diabetici, distinguere il diabete azoturico da quello non azoturico; nel primo egli osservò, malgrado normale quantità di alimento, notevole aumento di urea; nel secondo l'urea non è notevolmente aumentata e la guarigione si verifica più facilmente che nel primo caso.

XIII. *Grocco.* « Studj completi di metalloscopia. »

Dallo svolgimento di questi studj fatti nella Clinica medica di Pavia, l'Autore è indotto a rivolgere l'attenzione dell'assemblea:

1.° Su di una nuova classe di metalli depressori:

2.° Sui perturbamenti finora non descritti indotti dai metalli neutri sull'azione dei metalli attivi;

3.° Sulle injezioni ipodermiche forse feconde di pratiche applicazioni;

4.° Sui dati sfigmici e cardiografici che per il loro carattere di objettività vengono ad affrancare le basi della metalloscopia.

5.ª Adunanza.

XIV. *Generali.* « Sopra un caso di vomito urinoso da lui osservato. »

Trattavasi di una donna sui 33 anni, la quale aveva antecedentemente sofferto sifilide, febbre tifoidea, indi polmonite; da ultimo era sopraggiunta una grave peritonite, durante la quale si era manifestata idrope ascite e scarsa emissione d'orina. Diminuita l'ascite, e fattasi più abbondante l'emissione dell'orina, l'inferma fu colta un giorno da vomito urinoso, che si continuò per un mese, durante il quale dalla vescica uscivano appena poche goccie d'urina. Scomparso il vomito la donna si ristabilì, ma intervenne la paralisi del facciale destro e l'emiplegia sinistra, che il disserente ritenendo d'origine sifilitica, guarì per mezzo degli specifici.

XV. *Concato.* « Della scomparsa dei rumori nel decorso dell'endocardite. »

Distingue questa scomparsa in transitoria e permanente, e tra le cagioni che la producono accenna al distacco delle materie essudative che si depositano sulle valvole e all'otturamento dell'orifizio pel deposito di vegetazioni fibrinose, come potè egli stesso osservare in alcune necroscopie.

Il prof. Somma domanda al prof. Concato se i soffi del cuore durante il reumatismo articolare acuto debbano riferirsi ad alterazioni valvolari.

Il prof. Concato risponde che ritiene doversi ammettere certamente i rumori inorganici.

Il prof. Tommasi dimostra come i rumori in primo tempo dell'endocardite non prodotti da vizio valvolare provvengono da edema dei muscoli papillari o delle lacinie valvolari.

XVI. *Maragliano.* « Ricerche sperimentali sull'influenza dei clisteri di sangue defibrinato sulla ricchezza globulare del sangue e sulla ricchezza del sangue in emoglobina. »

Descrive il metodo da lui seguito in queste ricerche e dimostra come con questi clisteri aumenti il numero dei globuli e la ricchezza in emoglobina. L'aumento maggiore si nota dopo 3 ore e poi a mano a mano in capo a 18 o 24 ore scompare.

Il prof. De-Renzi convalida queste conclusioni del prof. Maragliano riferendosi a casi clinici da lui osservati.

XVII. *Cardarelli.* « Sulla pseudo leucemia splenica dei bambini, »

Questa malattia ch'egli potè vedere con certa frequenza si rivela con tumore di milza, cachessia progressiva, disturbi gastro-enterici, ha un decorso talora acuto, talora cronico, gravissima ne è sempre la prognosi. Le cause o non sono apprezzabili, oppure riferisconsi a sifilide dei genitori Quanto alla patogenesi si può pensare alla malaria ed alla leucemia splenica malgrado l'esame negativo del sangue, basandosi sul risultato delle necroscopie.

Il prof. Cardarelli rivolge quindi l'attenzione sopra questi punti della questione: la natura della malattia, l'influenza su di essa della malaria, il metodo di cura e le cause.

Il prof. Tommasi crede che la sifilide possa influire su quest'affezione ma non ritiene esserne questa l'unica causa; ammette invece una molteplicità di cagioni che attacchino profondamente l'organismo negli organi della sanguificazione, e spiega il non trovare nel sangue la leucemia supponendo una potenza ritentiva della milza finora non conosciuta.

Il dott. Petrilli dimostra con alcuni esempj clinici l'influenza della malaria sulla crasi del sangue, spiegando con essa il rapporto fra la malaria e la leucemia splenica.

Il prof. Baccelli nota che a Roma nei casi numerosissimi da lui osservati di febbre palustre non trovò le lesioni singolari, descritte dall'Armanni, nella milza degli affetti dalla pseudo-leucemia. Osservò tuttavia fatti simili a quelli riferiti dal prof. Cardarelli in fanciulli colpiti da linfoidi o largamente infiltrati o raccolti in forma di tumore con tutti i caratteri istologici del linfo-sarcoma, per cui riferisce a questo fatto anatomico la serie di casi presentata dal prof. Cardarelli.

XVIII. *Vizioli.* « Sull'uso dell'idrato di cloralio in talune forme di contratture.

Dice dapprima che le varie forme di contrattura non avendo la stessa patogenesi non possono assoggettarsi allo stesso metodo curativo. Nelle forme dunque di contratture nervose dirette o riflesse e da miopatia egli usò con profitto del cloralio, insieme con l'elettricità ed i bagni termali, e ritiene che il cloralio possa portare lo stesso effetto benefico dell'eterizzazione, ma in modo piu duraturo.

6.ª Adunanza.

XIX. *Concato.* « Del tetano reumatico. »

Enumera le teorie immaginate a spiegarne la patogenesi, e ritiene sia da preferire quella che lo considera come malattia del midollo proveniente da causa reumatizzante. A conferma di questa sua opinione riferisce due casi da lui osservati, e il reperto anatomico che ne ricavò.

Il dott. Dupré appoggia colla relazione di un suo caso clinico l'opinione del prof. Concato.

XX. *Giampietro.* « Dei morbi cerebrali d'origine acustica. »

Dimostra la gravità dei processi suppurativi dell'orecchio interno, la necessità dell'esame otoscopico nei casi in cui si sospetti della loro esistenza per addivenire all'opportuna terapia, come pure l'utilità dell'esame otoscopico nel decorso delle malattie acute e sub-acute del cervello e in quei perturbamenti del sistema nervoso centrale che si manifestano con forme convulsive epilettiformi o paralitiche. Dimostrò inoltre come nei casi in cui sia ammissibile l'esistenza di un processo

morboso cerebrale primitivo, tubercoloso e discrasico che abbia preceduto o accompagni l'otorrea purulenta e in quelli che lasciano presumere un processo osseo nel labirinto, debba essere inibita qualunque cura topica dell'orecchio. Infine che le neoplasie dell'orecchio medio ed esterno e i processi suppurativi collegati a perturbamenti nervosi o nutritivi in ordine generale debbono essere sollecitamente curati quando sia ben stabilita la loro precedenza nella determinazione della sofferenza generale in ordine al momento etiologico; e che taluni processi morbosi dell'orecchio interno determinano un profondo disturbo nel senso dell'equilibrio, e nei casi di cofosi totale, un graduale indebolimento nell'organo della memoria.

XXI. *Tommasi.* « Un caso di anuria completa. »

Durò essa quattro anni, e che forse è unico nelle letteratura medica, per la sua lunga durata. In questo caso l'urina invece di eliminarsi per le vie naturali veniva eliminata col vomito e con una profusa diarrea, e solo l'emozione del coito potè ripristinare alla fine la funzione renale.

XXII. *Marchetti.* « Sulla terapia nelle malattie d'infezione. »

Espone i suoi studii sopra questo tema e fa voti che nello studio e nell'applicazione della terapia nei morbi d'infezione, insino a quando nuove ricerche non fissino i limiti delle cure contro il processo, si segua il solo indirizzo segnato dall'azione fisiologica dei rimedii.

XXIII. *Gay.* « Dell'unità della cura nella pneumonite fibrinosa acuta e nella febbre tifoide. »

Egli dimostra come queste due malattie siano guaribili in breve tempo con un medesimo metodo, sottraendo cioè calorico per diminuire la febbre, con applicazioni fredde continuate sul terace e sull'addome, eccitando il sistema nervoso e mantenendo buona nutrizione all'infermo.

XXIV. *Golgi.* « Sulla trasfusione del sangue nel peritoneo ».

I risultati degli studii da lui compiuti sopra questo argomento sono:

1. Il sangue iniettato nel peritoneo viene assorbito ed entra in circolazione come lo dimostra l'esame citometrico fatto prima e dopo l'operazione.

2. L'aumento del sangue così prodotto è in proporzione della quantità injettata.

3. L'aumento dell'emoglobina si mantiene per molto tempo dopo l'operazione, in certi casi anche 27 giorni.

4. Quest'aumento ha luogo tanto negli animali sani quanto nei salassati abbondantemente; in questi però esso succede più rapidamente.

Il disserente passa quindi alla descrizione dell'atto operativo, e conchiude che il sangue introdotto, oltre ad entrare in circolo ed aumentare la quantità del sangue circolante, aumenta pure l'attività degli organi ematopojetici.

7.ª Adunanza.

XXVI. *Maragliano.* « Sull'azione che il bromuro di potassio esercita sul cuore ».

Passa in rassegna le opinioni diverse degli Autori sopra tale questione, per esporre in seguito le ricerche sfigmografiche da lui istituite, corredate dai relativi tracciati. Risulterebbe da questi che dietro una somministrazione abbastanza larga (3-4 grammi in una sol volta) di bromuro di potassio l'energia del polso o aumenta oppure non si modifica, mai ne viene diminuzione.

Il dott. Gay convalida questi risultati ottenuti dal prof. Maragliano con alcune considerazioni.

XXV. *De Renzi*. « Della cura della cirrosi epatica. »

Osserva dapprima essere quest'affezione ritenuta incurabile dalla maggior parte dei clinici, ma non poterla egli come tale assolutamente riguardare dopo i risultati da lui ottenuti nella sua clinica nell' ultimo biennio. Mediante la dieta lattea assoluta su quattro casi di cirrosi epatica ebbe in tutti miglioramento, e nel 1879-80 sopra 8 casi ne contò 1 di guarigione, 4 di miglioramento e 3 di nessun risultato. Questi fatti di grande importanza sia per il lato clinico sia per il lato anatomico dipendono dacchè si stabiliscono delle vie di compenso fra i vasi della porta e quelli dei plessi venosi dell'esofago. Egli però in questi casi non vide mai la scomparsa del tumore di milza. Nello stesso anno 1878-79 il prof. Semmola praticava i medesimi studj, i quali lo portarono alla conclusione: essere guaribile la cirrosi del fegato ma quella soltanto *ipertrofica*. Secondo il prof. De Renzi la cirrosi ipertrofica nominata dal Semmola non è che la *volgare incipiente*. — Conchiude dimostrando come la cura lattea nell' indicata affezione riesce difficilissima a farsi praticare nel modo più esatto ed assoluta dagli ammalati, ma che quando sia praticata produce un aumento nella secrezione urinaria, una diminuzione e anche la scomparsa dell'ascite e quindi altri fatti che conducono alla guarigione.

XXVIII. *Albertoni*. « Ricerche sperimentali sugli animali relative all'azione che l'atropina esercita sull' eccitabilità del cervello, sui vasi e sul succo gastrico ».

Risulta da questi suoi studj che l'atropina somministrata per una sola volta tende ad aumentare l' eccitabilità del cervello, somministrata più volte a larga dose tende a diminuirla, e può impedire lo sviluppo degli accessi epilettici. Inoltre, relativamente all' azione esercitata sui vasi; l'atropina produce la costrizione dei vasi cerebrali e la dilatazione dei vasi cutanei, per cui si debbono tenere in gran conto gli effetti vantaggiosi che può produrre nell'epilessia, inquanto che la costrizione dei vasi cerebrali porta una diminuzione nell' eccitabilità cerebrale. Infine, relativamente all'azione sul succo gastrico, l'atropina vale a paralizzare l'azione del succo gastrico per la diminuzione che ne deriva della secrezione salivare, quindi promuove la perdita dell'appetito.

XXVII. *Semmola*. « Sulla curabilità di alcune epatiti interstiziali credute finora incurabili ».

Base di siffatta cura è il latte ed è lieto che anche il prof. De Renzi

abbia ottenuto risultati analoghi. A compiere i suoi studj sulla curabilità dell'epatite interstiziale, da lui per il primo trattata ad Amsterdam, aggiunge una particolarità clinica rilevantissima intorno all'ostacolo che può derivare dalla complicazione di grave ascite, e conchiude che in questi casi, se anche la cura di prova non ha recato dopo dieci o quindici giorni il desiderato miglioramento, si debba praticare la paracentesi e continuare lo stesso metodo di cura; il quale può allora fruttare ciò che prima non aveva fruttato per la pressione interna del liquido.

XXIX. *Semmola.* « Cura delle cisti idatidee del fegato ».

Queste le conclusioni dell'Autore:

1. L'elettrolisi costituisce un metodo di cura sempre incompleto poichè il *caput mortuum* del contenuto della cisti rimane sempre e finisce con esiti diversi.

2. L'ago-puntura è certamente il miglior metodo più innocuo ed il più tollerabile per ottenere le aderenze fra la parete della cisti ed il peritoneo. Bastano due o tre applicazioni. Questa dunque deve essere la pratica preliminare nella cura delle cisti idatidee del fegato per prepararsi così una sicura via a qualunque emergenza più tardi.

3. Il joduro di potassio amministrato per la via interna da un grammo fino a cinque grammi al giorno, in alcuni casi si trova nel liquido della cisti ottenuto per mezzo dell'apparecchio Dieulafoy, ed in altri mai. Nei primi la continuazione di questo farmaco produce una progressiva diminuzione del volume della cisti, e mai la guarigione totale; nei secondi casi rimane senza alcun risultato, epperò il suo uso è perfettamente inutile quando dopo i primi giorni di cura non si è trovata la presenza del joduro nel liquido estratto.

4. Sia nell'un caso come nell'altro, cioè a dire o con la cisti rimasta immutata, ovvero con la cisti ridotta coll'uso del joduro ad un limite che non va più oltre, il metodo di cura finale è sempre il metodo chirurgico applicato con tutta la circospezione di quanto riguarda l'ampiezza del taglio e le manovre successive, poichè ricorda un caso in cui queste ultime determinarono una vera epatite traumatica che uccise l'infermo in 36 ore.

XXX. *Semmola.* « Nuova forma di sifilide cerebrale ».

Questa forma, ovverossia nuovo disturbo funzionale dipendente da processo sifilitico in un punto del cervello, è la *poliuria*, che finora non si trova registrata da nessun sifilografo. Fra i tre casi clinici da lui osservati descrive il più classico, cioè dire quello in cui l'infermo emetteva quarantatre litri di orina nelle ventiquattro ore, di un peso specifico oscillante fra 1001 e 1005 a curare il quale si erano già seguiti molti energici metodi curativi senza alcun profitto e con aumento progressivo della poliuria.

Accortosi che il paziente aveva patito antica sifilide costituzionale, concepì il sospetto che qualche processo sifilitico sviluppatosi sul pavimento del quarto ventricolo potesse riprodurre morbosamente la famosa

esperienza del Bernard, e cominciò a fargli praticare le injezioni ipodermiche di albuminato di mercurio e l'uso interno di dosi progressive di joduro di potassio fino a dieci grammi al giorno. L'ammalato era interamente guarito dopo due mesi.

XXXI. *Maragliano.* « Ricerche sulla temperatura cerebrale nell'epilessia ».

Gl'infermi epilettici ch'egli osservò furono oltre 30, ma di 16 solamente dice che si può tener conto. Da queste accuratissime osservazioni e dalle cifre ottenute che vengono esposte dettagliatamente risulta che la temperatura cerebrale in momenti non vicini agli accessi è più bassa che nei momenti vicini agli accessi medesimi; risulta ancora che ogni accesso epilettico è segnalato da un'elevazione di temperatura che lo precede, che raggiunge il suo acme al manifestarsi di esso, e che si mantiene per qualche tempo cessato appena l'accesso. Il prof. Maragliano correda queste osservazioni con moltissimi dati relativi alla durata dell'aumento di temperatura, alle parti esplorate e dal confronto fra i diversi casi, attribuisce all'iperemia degli emisferi cerebrali questi fatti; e conclude che da tali esami possono scaturire dei corollarii utili ad illustrare la storia fisiopatologica dell'epilessia.

Il prof. Tommasi loda gli studj fatti dal prof. Maragliano sulla termogenesi cerebrale, però gli propone di esperimentare sopra degli animali, introducendo il termometro nel cranio e producendo l'accesso epilettico, persuaso che si possano avere in tal modo risultati più accettabili. Inoltre ritiene che nell'epilessia, anzichè iperemia, debba aversi l'anemia degli emisferi cerebrali con iperemia della base, e porta un esempio in appoggio della sua opinione.

Il prof. Maragliano enumera una serie di ragioni che starebbero alcune per la teoria ischemica altre per l'iperemica, dichiara non potersi decidere sopra tale questione definitivamente perchè occorrono ancora molte indagini e molte osservazioni prima di poterla risolvere.

Conferenze serali.

XXXII. *Colomiatti V.* « Sulla tisi polmonare. »

Il prof. V. Colomiatti tratta della tisi polmonare, toccando solo quei punti che qui oggi sono disputati e riferendosi essenzialmente agli studj anatomici, clinici ed esperimentali da lui fatti sull'argomento.

Incomincia col descrivere, dal lato microscopico, le varie fasi del tubercolo: e dopo, basandosi su fatti clinici ed esperimentali, prova che il tubercolo è in alcuni casi un prodotto patologico semplice, mentre è in altri il sintomo anatomico dell'infezione tubercolare, l'effetto dell'azione del *virus tubercolare*.

Spera che con ulteriori studj si potranno col microscopio trovare caratteri tali, da potersi in avvenire differenziare il tubercolo virulento da quello che non lo è, avendo già egli trovato differenze fra il tuber-

colo ed il *nodulo del vero Lupo* nella questione del Lupo volgare in genere. Ma intanto dice che, per il momento, la doppia significazione che ha il tubercolo, dal lato patologico, non si può trascurare nella decisione della questione dell'*unità* e del *dualismo della tisi* polmonare. Afferma però che, se coi soli dati anatomici alcune volte vi sono difficoltà gravi da superare per definire la diagnosi quando insieme con gli esiti dei processi pneumonici cronici si trova il tubercolo, la cosa è presto definita quando tubercoli non esistono.

Considerando poi il problema dal lato clinico, e dopo dal lato sperimentale, compie il suo concetto, che cioè non si può sostenere l'unità della tisi polmonare, insistendo in ultimo sull'importanza che ha l'inoculazione.

Parla della grandissima frequenza della tisi polmonare inoculabile (prodotta cioè dal virus tubercolare) negli ospedali, in confronto della relativa rarità della tisi semplice; e dice che bisogna per ispiegare ciò considerare anche il fatto che gli ammalati di pneumoniti croniche vengono coricati nella medesima sala in cui stanno raccolti quelli che sono affetti da tisi inoculabile, perchè questa tisi si propaga eziandio in date circostanze mediante l'inspirazione dell'aria contenuta nell'ambiente comune, la quale costituisce un gravissimo pericolo per tutti quelli che soffrono di lenti infiammazioni bronchiali e polmonali.

In vista di questo insiste perchè i suoi colleghi, considerando la questione eziandio dal lato umanitario, si uniscano a lui per domandare a chi spetta che gli attuali nostri ospedali dei tisici siano sostituiti da altri adatti.

XXXIII. *Lombroso.* « Sulla pellagra. »

Descriveva con tinte molto vivaci le diverse avventure toccategli e i disinganni molteplici avuti nelle sue lunghe esperienze e nelle prove tentate per indurre nell'animo degli scienziati e del volgo che la pellagra dipenda dall'azione del *mais* guasto sull'organismo di quei poveri contadini che se ne cibano. Dimostrava come dall'esame della composizione chimica di questa sostanza risulti trovarvisi un elemento venefico simile chimicamente alla stricnina, il quale agisce talvolta come questa, talvolta invece come un principio narcotico.

Presentava agli adunati l'alcaloide di questo veleno, da lui denominato *pellagrina* ed un sale, il *nitrato di pellagrina*.

Esponeva infine come sianvi dei mezzi semplici, vantaggiosi, economici, utili ad impedire lo sviluppo della pellagra. Fra questi accennava al più semplice, l'arrostitura del *mais*, il quale polverizzato dà una farina capace di fare pane, se non buono, almeno innocuo. Questo metodo ed altri dovrebbero farsi adottare anche per ordine del governo e si dovrebbero infliggere punizioni agli smerciatori di grano marcio, onde impedire le tristi conseguenze che attualmente se ne osservano.

XXXIV. *Concato L.* « Sulla poliorromenite. »

Il prof. Concato cominciava a portare l'esempio di un ammalato, di

oltre 30 anni d'età, il quale vada soggetto ad una pneumonite e ne guarisca in breve tempo; dopo alquanti anni lo stesso individuo viene colto da una pleurite dal lato opposto a quello della pregressa pneumonite, guarisce anche di questa malattia, ma gli rimane una restrizione enorme del torace dal lato affetto, per cui ricorre alle cure del medico. Questi incomincia la cura della compressione toracica laterale, per promuovere la dilatazione del lato ristretto, ma dopo un certo tempo l'infermo presenta i fatti di una peritonite. Sospesa la cura incominciata, si provvede a questa nuova complicazione, e si riesce ad ottenerne vantaggio, ma sul più bello insorgono i sintomi d'una pericardite, e l'ammalato muore. Alla necroscopia si trovano nelle sierose della pleura, del pericardio e dell'addome abbondanti strati di materia caseosa.

Questa forma morbosa, che si presenta non solo cronicamente, come abbiamo ora descritto, ma eziandio in modo acuto, è quella appunto che il Concato denominò *Poliorromenite* od anche tisi delle sierose, nè essa cede in nulla alla tisi polmonare e tubercolare quantunque il suo decorso sia più breve.

Il prof. Concato passa quindi in rassegna le diverse condizioni ed i diversi modi di svilupparsi e di progredire di questa affezione, ne descrive le alterazioni anatomo-patologiche e conchiude col dire che il prognostico ne suole essere infausto e che tutti i mezzi da lui provati a nulla valsero, specialmente se la malattia trova la sua causa in un processo di scrofolosi, anzichè in un processo reumatico.

Sezione II. — *Chirurgia.*

1.ª Adunanza.

I. *Arietti.* « Copiosa emissione di calcoli uretrali, »

Il dott. Arietti, chirurgo ottuagenario, presenta quattrocento piccoli calcoli uretrali emessi a diverse riprese da un giovane; fa rilevare come ciascun calcolo avesse una membranella che lo attorniava (probabilmente muco condensato).

II. *Mazzoni Costanzo.* « Caso di distacco cruento diretto della rotula nell'anchilosi angolare ed incurabile del ginocchio. »

Trattasi di una giovane quindicenne nella quale oltre la flessione ad angolo retto della gamba eravi la lussazione esterna della rotula con aderenza sul condile femorale corrispondente ed assottigliamento rotuleo. Accenna ai primi insuccessi del Monteggia della cura dell'anchilosi coll'estensione forzata; ed all'idea di Dieffenbach sulla flessione forzata, al metodo Palasciano creduto però dal Mazzoni talvolta pericoloso per la rottura del legamento rotulo-tibiale.

Fatta una piccola incisione, previa cloroformizzazione e disposizione Listeriana, all'esterno della rotula, spinse un piccolo scalpello a T fra la rotula ed il femore e con successivi movimenti laterali riuscì a

distaccare totalmente quest' osso sesamoideo dalle anomale aderenze. L' estensione dell' arto riesci allora facilissima e posta la medicatura venne immobilizzata la parte; in ventesima giornata l' arto era ripristinato in posizione perfettamente retta, senza perdita di speranza di ridonare qualche movimento al ginocchio.

Il dott. Rocca trova cosa strana che nella descritta operazione non siavi stata nè infiammazione, nè suppurazione.

Il Mazzoni dimostra le ragioni per le quali dopo la medicatura Listeriana siano rare queste due complicazioni, come prima era raro non vi fossero.

Il Gallozzi appoggia con fatti propri i vantaggj della flessione sulla estensione, praticando anche tenotomie quando occorra; dichiara di far tesoro delle osservazioni del disserente.

III. *Mazzoni Costanzo.* « Osteoporosi del collo del femore. »

Eseguita la resezione subtrocanterica nella giovane inferma, sei mesi dopo l'operazione, manifestossi un ascesso alla parte anteriore della coscia, apertolo si trovò la malattia propagata alla diafisi femorale. Fatta la sequestrotomia e la cauterizzazione col caustico attuale, in capo a quattro mesi seguiva la guarigione coll' accorciamento di otto dita trasverse. Mostra la fotografia dell' operata e fa qualche considerazione sulle resezioni in genere.

IV. *Tansini Iginio.* « Dei progressi dell'odierna chirurgia. »

Tratta della galvano-caustica e descrive minutamente il processo del prof. Bottini per l'amputazione totale endorale della lingua corredandolo di casi pratici. Svolge l'argomento della laparotomia antisettica ed accenna ai vantaggj della fognatura addominale anche dopo l'erniotomia nonchè delle lavature fenicate intra-peritoneali con soluzione al 1 1/2 per 100 e 40° di temperatura. Convalida il suo asserto con storie di operazioni eseguite dal clinico di Pavia. È a dolersi che la ristrettezza del tempo non permettesse al dott. Tansini la completa lettura del suo lavoro.

2.ª Adunanza.

V. *Petronio.* « Della cura apneumatica delle ferite. »

Il dott. Pepere, che presentava la memoria da parte del Collega, mostrava un apparecchio in guttaperca, col quale viene sottratta la ferita all'azione dell'aria. Con questo mezzo furono fatte con felice esito 15 amputazioni su animali, ed una sopra un giovanetto. L'esperienza su maggior scala, farà pronunciare un giudizio sulla proposta del dottor Petronio.

VI. *Bottini Enrico.* « Della litolaplassi. »

Dopo aver parlato dei rapporti fra cistotomia e litotrizia e fatto risaltare gl' inconvenienti di quest'ultima operazione, quali la ripetizione dell'atto operatorio, l' arresto di frammenti nell' uretra e la frequenze

riproduzione, dimostra praticamente l'applicazione del metodo Bigelow cioè l'aspirazione del calcolo fratturato da far seguir tosto alla seduta di litotrizia. Il Thompson ha di già praticato trentasette volte questa operazione, il Bigelow più di cento. Il Bottini l'eseguì in Italia tre volte adoperando un litotritore medio ed ottenendo sempre una prontissima e duratura guarigione.

VII. *Scarenzio Angelo.* « Litotritore munito di dinamometro. »

Con questo strumento si può calcolare la forza impiegata nell'atto operatorio ed in tal modo ovviare alla rottura degl'istrumenti nel caso di calcoli molto duri.

Il dott. Tansini obbietta che qualche prova fatta prima dell'operazione impiegando il massimo di forza muscolare, debba bastare per fissare il grado di resistenza dell'istrumento.

Ma lo Scarenzio dimostra l'utilità del dinamometro in quei casi, ad esempio nei bambini, in cui s'impiega una forza minore della comune dell'operatore.

VIII. *Gallozzi.* « Aneurismi della crurale e della glutea. »

Dà un'esatta e succinta storia clinica di quattro casi di aneurisma della crurale in cui oltre ai fenomeni comuni a tutti gli aneurismi, si avea per la forma speciale conica del sacco, un enorme edema dell'arto corrispondente dato dalla pressione sulla vena safena e crurale. In ciascuno dei quattro casi egli praticò l'allacciatura dell'iliaca esterna ottenendo tre guarigioni, mentre il quarto individuo morì di broncopolmonite dopo aver già superati tutti i pericoli inerenti e successivi all'atto operatorio. Descrive con precisione e chiarezza l'ardua operazione della legatura dell'ipogastrica, ed espone la storia di un'allacciatura di quest'arteria da lui fatta in un giovane, per aneurisma traumatico consecutivo; operazione ricordevole altresì per il felice esito.

IX. *Gallozzi.* « Speciale malattia della parotide. »

È la continua secrezione di liquido puriforme versato pei condotti stenoniani nel cavo orale. Chiama questa nuova lesione *Catarro purulento della parotide*; l'individuo che ne era affetto, guarì sotto l'uso del joduro di potassio.

X. *Scotti.* « Dilatatore uretrale. »

Sebbene abbia qualche cosa di comune a molti altri consimili, questo strumento ha il vantaggio di offrire una dilatazione dolce e soffice, avendo un involucro di guttaperca, e la non lieve utilità di poter essere smontato lasciando il tubo elastico in vescica a guisa di siringa.

XI. *Petrilli.* « Uretrotomo misto esterno ed interno. »

L'Autore ne fa la descrizione; ma molti dei presenti avendo avvertita la difficoltà d'applicazione dell'istrumento e la poca guarentigia che presenta, egli stesso consente a correggere l'anzidetto apparecchio per ripresentarlo in altro incontro.

XII. *Petrilli.* « Caso di amputazione di mammella eseguita durante il sonno magnetico!!! »

3.ª Adunanza.

XIII. *Barduzzi.* « Rendiconto della Clinica chirurgica di Pisa nel biennio 1878-79. »

Entra a parlare della cloroformizzazione, e sul modo di rimediare agli inconvenienti di tale anestesia.

Il Mazzoni dice esservi tendenza del ritorno all'etere.

Il Colombo richiama l'idea del Lister sulla asfissia per paralisi aritnoidea.

L'Albanese narra di tremila cloroformizzazioni eseguite senza inconvenienti, facendo però uso al bisogno d'injezioni sotto-cutanee di muschio etereo.

Il Gallozzi fa il confronto tra l'uso dell'etere e del cloroformio, e sebbene sia stato per lungo tempo fautore dell'etere, ora invece si è convinto che il cloroformio merita la preminenza, per ragioni di sicurezza, di economia, e di maggiore tolleranza specialmente negli emorroidari e negli anemici.

Il Barduzzi parla dei vantaggj della medicatura antisettica specialmente in tre ovariotomie, svolge l'argomento degli osteosarcomi degli arti, mielogeni e periostali.

Il Mazzoni, l'Albanese ed il Gallozzi concordemente stabiliscono doversi negli osteosarcomi degli arti preferire la disarticolazione all'amputazione, specialmente nelle forme centrali, anzi l'Albanese assicura di non aver mai veduta riproduzione seguendo tali precetti.

Viene pure discusso sull'applicazione della fognatura pei casi di cisti ovariche con grandi aderenze, ma si resta nel campo degli apprezzamenti individuali senza stabilire vere regole positive.

XIV. *Parona Francesco.* « Storia di una resezione dello sterno. »

Egli asportò con felice successo i due terzi superiori dello sterno colle estremità di quattro coste a destra ed a sinistra per necrosi: descrive il processo operatorio e mostra il pezzo patologico.

XV. *Tassi.* « Istrumenti per la trapanazione e lo svuotamento delle ossa.

Sono parecchi saggiamente ideati e di manifesta utilità pratica.

XVI. *Albanese.* « Della medicatura antisettica. »

Non limitandosi a soli argomenti teoretici convalida ogni suo asserto con i fatti, ascendenti a perecchie migliaja. Accenna ai cattivi effetti ottenuti dalla medicatura del Guérin, ai mediocri della medicatura aperta, ai buonissimi della Lister.

Tratta delle cauterizzazioni inter-ossee e inter-articolari di cui egli è sempre stato uno de' più caldi propugnatori, e dimostra come queste cauterizzazioni associate alla medicatura antisettica non diano luogo nè a febbre, nè a complicanze.

Colle cifre prova come nella Clinica di Palermo 1870-71 al 1877 su 2789 ammalati la mortalità fosse nel 9 e 2,3 per 100 cioè 299 morti;

dal 1877-1880 fu addottata la medicatura Lister, furono curati 1498 ammalati con 104 morti cioè il 5,1 per 100, sebbene per circostanze speciali in un anno vi fosse aumento di mortalità. Sugli operati la mortalità era del 19 per 100 e quasi sempre per pioemia, mentre dopo la medicatura antisettica si ebbe un sol caso di questa terribile malattia, e la mortalità discese al 7 per 100. Fa voti per la diffusione di tale medicatura negli ospedali civili e militari, e manda un affettuoso saluto al Lister.

Il prof. Gallozzi rammenta come negli ospedali di Napoli si aveva il 75 per 100 di mortalità pegli amputati, mentre ora si hanno splendidi risultati col metodo Lister. Il colonnello Cugussi dice che negli ospedali militari si è già fatta e con buon successo l'applicazione Listeriana.

4.ª Adunanza.

XVII. *Cosentino.* « Storia delle due prime ovariotomie seguite da guarigione in Palermo. »

Applicò la medicatura Lister ed ebbe prontissima guarigione. Raccomanda una statistica nazionale dell'ovariotomie come mezzo d'incoraggiamento.

Il dott. Franzolini soggiunge che la seconda centuria di tale operazione in Italia ha dato il 64 per 100 di guarigione.

XVIII. *Margary.* « Dell'osteotomia per Genu valgum ed osteotomia subtrocanterica di Volkmann. »

Espone la teoria di Mikulitz e le proprie idee in proposito; si dichiara partigiano delle osteotomie anzichè dei raddrizzamenti forzati e delle osteoclastie; tesse la storia delle principali osteotomie da lui praticate sia col metodo Macwen sia con altri metodi, e presenta le fotografie degli operati nonchè gli istrumenti posti in opera per la divisione delle ossa. Accenna ad un caso di osteotomia cuneiforme in cui per cangrena successiva fu d'uopo praticare l'amputazione della coscia ma il reperto necroscopico fatto dal prof. Colomiatti chiaramente addimostra come tale accidente non fosse per nulla imputabile all'operatore. Parla diffusamente dell'osteotomia subtrocanterica alla Volkmann da cui per due volte ottenne felicissimo risultato come si rileva dalle fotografie. Questi fatti del Margary sono, non v'ha dubbio, molto importante.

XIX. *Ferrari.* « Dell'antisetticismo e medicatura antisettica. »

Rammenta le teorie già note del Pasteur, del Tyndall e dice essere queste la vera base dell'unica medicatura antisettica, cioè di quella del Lister. Raccoglie dalla letteratura chirurgica alcuni casi comprovanti la indiscutibile utilità di essa.

XX. *Colombo.* « Importanza di un'esatta interpretazione della medicatura antisettica. »

Ei non accetta che la medicatura antisettica abbia a base la *panspermia* ma invece la *plasmogonia*; perciò l'impedita pioemia e setticemia avverrebbe, non pel vietato ingresso dei germi nella ferita, ma per l'impedita decomposizione delle secrezioni in grembo alla ferita stessa.

5.ª Adunanza.

XXI. *Mascagni.* « Di una ferula a stampella per le fratture degli arti inferiori da applicarsi al lato interno. »

Il dott. Margary crede debba applicarsi la ferula al lato esterno, perciò non troverebbe vantaggiosa la ferula a gruccia.

XXII. *Fornari.* « Sul carbonchio. »

Egli ammette tre forme:

La febbre carbonchiosa con manifestazioni locali; la febbre carbonchiosa senza manifestazioni locali, ed il carbonchio idiopatico da non confondersi colla pustola maligna. Distingue il carbonchio vero dal semplice, ed accenna all'edema carbonchioso. La cura da lui praticata fu col caustico attuale; la mortalità del 2 1|2 per 100.

Il Gallozzi non è favorevole all'idea della febbre carbonchiosa, egli ammette soltanto l'origine *ab inoculatione*, non *ab ingestis*; e cita molti esempj in cui la carne carbonchiosa cotta non diede disturbi di sorta. Crede invece che la febbre la quale precede le lesioni locali, sia da disturbi del tubo intestinale per indigestioni. Oltre l'uso del caustico attuale consiglia pure le injezioni ipodermiche fenicate all'intorno delle prime manifestazioni carbonchiose.

Il dott. Ferrari fa un addebito al dott. Fornari del non aver accennato alle idee del Pasteur circa al carbonchio.

Ma il Fornari risponde in modo da far ben comprendere com'egli sia in possesso delle idee del Pasteur e d'altri, ma che non le ha accennate perocchè non è sua intenzione di fare un trattato sul carbonchio, ma soltanto di portarvi un contributo.

XXIII. *Escher* (di Trieste). « Gastrostomia per carcinoma del cardias praticata con esite felice. »

Fa con molta dottrina la storia della gastrostomia e descrive minutamente i processi operatori. Narra come nel suo operato, erede di labe cancerosa, si diagnosticasse un cancro del cardias, come la gastrostomia in sesta giornata, quando cioè era a credersi che le pareti dello stomaco mediante sutura e medicatura listeriana avessero aderito alle pareti addominali. Mostra un ingegnosissimo e semplice mezzo di chiusura dell'apertura da apporsi dopo l'introduzione degli alimenti, consiste questo in una specie di otturatore ad aria che può improvvisarsi da chiunque. L'infermo visse quattro mesi e la necroscopia confermò la diagnosi.

XXIV. *Grilli.* « Speculum uteri polverizzatore. »

È uno speculum di Fergusson fissato al davanti di un polverizzatore, quest'apparecchio può dare qualche vantaggio rispetto alla comodità.

XXV. *Labordette* (di Nizza). « Speculum oris bivalve. »

Porta quest'istrumento nella faccia inferiore della valva più lunga, uno specchietto che dovrebbe servire da laringoscopio.

Il prof. Gallozzi dice d'averlo usato da molto tempo, ma che non ne rimase soddisfatto.

6.ª Adunanza.

XXVI. *Marcacci Giosuè.* « Sulla disarticolazione del calcagno e su quella isolata dei due primi cuneiformi. »

Le incisioni che l'Autore consiglia per la disarticolazione del calcagno sono le seguenti: si fa partire un taglio sulla linea mediana del tendine d'Achille che comincia a due o tre centim. sopra la faccia superiore del tallone e scende sino alla parte più bassa dell'inserzione tendinea; da questo ne parte un secondo che lungo la linea dell'orlo esterno della pianta del piede va al tubercolo del quinto metatarso, tagliando fino all'osso. In tal modo viene formata col distacco dei lembi risultanti una larga breccia per la disarticolazione dell'osso. Le più precise norme anatomiche, guidano l'operatore nel processo operativo.

Il Margary e l'Albanese interloquiscono per dimostrare che la disarticolazione del calcagno non è operazione molto utile e che altri atti operativi quali, ad esempio, lo svuotamento di quest'osso e la resezione danno risultati superiori alla disarticalazione, oltre all'essere di più facile esecuzione; citano all'uopo le idee di Ollier e di Schede, nonchè fatti propri.

Il prof. Gallozzi fa osservare che non è adatta una discussione in assenza dell'Autore e che entrando nel campo delle resezioni e svuotamenti si esce dall'area della disarticolazione.

XXVII. *Piccinini.* « Totale estirpazione della glandula sottomascellare e sottolinguale destra per canero primitivo. »

Espone i particolari che accompagnarono lo svolgersi della neoplasia, il processo operativo e lo stato della parte dopo l'operazione; l'esito fu felice. L'esame microscopico mostrò un cancro primitivo e ciò sarebbe contrario alle idee del Boyer e del Velpeau, i quali negarono la possibilità del cancro primitivo nella glandula sotto-mascellare. Crede poi che questa operazione sia stata eseguita poche volte trovandone pochi cenni nella bibliografia.

Il dott. Merlini ed altri, fanno osservare che l'operazione fu fatta in altri incontri e che non furono pubblicati i casi o perchè in passato i mezzi di pubblicazione erano meno estesi, o perchè non creduti degni di nota speciale.

XXVIII. *Alessandrini Federico.* « Ernie ed erniotomie, e ne espone un breve sunto. »

Tessè la storia delle ernie e studiò le cause della forte mortalità, nelle incarcerate e strozzate, riconoscendole nei ritardi prima di ricorrere all'atto operativo, nelle inconsulte manovre di riduzione e nella medicatura molto varia e talvolta male adatta.

Conclude con minute e commendevoli considerazioni sulla cura più razionale e più scientifica di questa infermità (1).

XXIX. *Grilli.* « Termocauterio nella Clinica chirurgica. »

Presenta la memoria scritta, e verbalmente ne dà un brevissimo sunto; ma il Mazzoni ed il Gallozzi credono vi sia stato errore nell'apprezzamento dell'applicazione del termo-cauterio.

XXX. *Marsilli.* « Modesto contributo di tre differenti casi di chirurgia pratica. »

Il 1.° riguarda un'amputazione di coscia alla Langenbek; il 2.° un manico di terra cotta penetrato in una tempia, ed il 3.° una frattura del parietale.

Conferenze serali.

XXXI. *Bottini.* « Dell'estirpazione metodica del gozzo. »

Svolta la parte anatomica del gozzo, il valente chirurgo tessè la storia dei diversi metodi curativi tentati dalle injezioni parenchimatose, alle incisioni, ai caustici, alle fognature ed infine al metodo Porta dello sgusciamento. Descrisse minutamente il processo operatorio dell'estirpazione ed accennò a tutte le cautele da adoprarsi. Riferì infine come sette volte ebbe a praticare quest'ardua operazione nella sua Clinica con felice successo.

XXXII. *Mazzoni.* « Dell'igiene dell'operato. »

Cominciò da quanto concerne la preparazione dell'ammalato e dell'ambiente in cui deve essere operato e trattenuto sino a guarigione Poscia passò a quanto riguarda l'operatore, gli assistenti e gli infermieri nonchè di quanto deve successivamente attorniare il paziente. Ricorda con eletta erudizione gli studj dello Spallanzani, del Vallisneri e d'altri sulle cause septiche ed infine tratta del metodo Listeriano da cui si ripromette un felice avvenire per la scienza e l'umanità (2).

CASELLI AZZIO.

---

(1) Vedi l'intero lavoro in questi *Annali*. Vol. CCLIII p. 307.

(2) Quando fu trattato il tema della medicatura antisettica, la sezione chirurgica mandò un telegramma di felicitazione e gratitudine al prof. Lister, che poi gentilmente rispose ringraziando.

Per opera dei professori Gallozzi, Bottini, Albanese, del dott. Barduzzi e di altri venne propugnata l'idea della formazione di un'Associazione chirurgica Italiana.

Nell'Esposizione del Congresso per la sezione III *Istrumenti chirurgici* ottenne la medaglia d'oro il prof. Azzio Caselli, Reggio-Emilia, e ottennero me-

SEZIONE III. — *Anatomia, Fisiologia e scienze naturali.* (1).

I. *Fasce.* « Osservazioni sui moti del cuore. »

Da queste osservazioni sulle tartarughe marine risulta che stimolando i vaghi, il cuore si arresta, ma la diastole non è maggiore della normale; se invece si stimolano i cordoni cervicali del simpatico, ora non si ha modificazione nelle pulsazioni cardiache (casi più frequenti), ora si ha un acceleramento di esse (casi meno frequenti). Intercettando l'arrivo del sangue al cuore, quest' organo continua a dilatarsi, ma si espande solamente nei diametri longitudinale e trasversale, mentre la superficie anteriore presenta delle rugosità trasversali. Questo fatto, secondo il prof. Fasce, potrebbe avere importanza nella questione relativa alla espansione attiva dei muscoli.

II. *Oehl.* « Sulla diffusione dei centri di volontà nel midollo spinale. »

In questa nota, letta dal dott. Ciniselli, si mostra come sia volontaria la natura dei movimenti che si ottengono in seguito di eccitazione chimica e meccanica delle rane decapitate.

III. *Ciniselli.* « Sulla calcificazione dell'anello del timpano. »

Queste osservazioni sono dirette a dimostrare che la calcificazione è appunto causa primitiva dell'ottusità uditiva senile.

IV. *Bizzozero.* « Della formazione dei globuli rossi. Ricordato quanto già ebbe a pubblicare intorno a questo argomento sui mammiferi, riferisce le osservazioni fatte in quest'anno da lui in collaborazione del dott. Torre sugli uccelli, dai quali studj risulterebbe che anche in questi ultimi i globuli rossi hanno origine nel midollo delle ossa. Venendo poi a parlare delle modificazione che il sangue subisce dopo un salasso, l'oratore riassunte le indagini fatte col dott. Salvioli intorno al contenuto emoglobinico del sangue dopo il salasso, riferisce i risultati delle nuove ricerche condotte insieme col dott. Sanquirico allo scopo di determinare le variazioni del contenuto solido (specialmente albumina e sali) del siero sanguigno. Da esse risulta che mentre dopo il salasso la quantità dell'emoglobina del sangue cresce molto lentamente, le sostanze solide del

---

daglia d'argento: Bussadori Bonifazio, Firenze — Walter-Biondetti e C., Basilea — Carreras Paolo, Pisa — Scarenzio, prof. Angelo, Pavia — Garibaldi, prof. Giovanni, Genova.

Lo stesso Caselli, avendo presentato nell'adunanza generale del 18 settembre a giovane cui egli ebbe ad estirpare l'intera laringe, la base della lingua, il velopendolo e le tonsille, ebbe dai numerosi convenuti i maggiori applausi, sì ardita operazione essendo stata coronata dal più splendido successo; e per vero gli spettatori poterono vedere ed ammirare come l'operata godesse non sólo buona salute, ma potesse compiere i movimenti necessarj per deglutire sostanze solide e liquide, ed anche con semplicissimo congegno profferire alcune parole. (*La Direzione*).

(1) Nel dare questa succinta relazione si tenne per guida l' appendice dello *Sperimentale* (Fascicolo di novembre p. 449-467).

siero (che sono diminuite in conseguenza delle sottrazioni sanguigne) crescono con molta rapidità, sicchè, per es., già dopo 24 ore presentano notevole aumento, e talvolta sette giorni dopo un salasso anche copioso la quantità delle sostanze solide del siero è ritornata normale.

V. *Colomiatti.* « Della struttura del tubercolo. »

Parte del modo con cui fu descritta da Schüppel. Dice cha il nodulo tubercolare bisogna studiarlo nelle sue diverse fasi di sviluppo, ed allora appare di regola daprincipio costituito solo da cellule rotonde piccole; dopo, da cellule più grandi, sino ad aversi le epiteloidi e le giganti come estremo sviluppo. A proposito del nodulo tubercolare descritto da Schüppel nelle ghiandole linfatiche, lamenta come lo stesso Schüppel non abbia fatto delle dilacerazioni, dicendo che i preparati ottenuti da Schüppel colle sezioni (di cui presenta un esemplare) non tolgono il dubbio che il reticolo descritto come proprio delle cellule giganti non sia che il reticolo della ghiandola linfatica, essendovi confusione prodotta dall'acido cromico. — Descrive le fasi di sviluppo della cellula gigante, dimostrando che sin da principio essa ha la tendenza a spingere i suoi nuclei verso la periferia. Sostiene che il nodulo tubercolare è sempre di origine connettiva. In ultimo fa conoscere un caso di concrezioni calcaree nel protoplasma di cellule giganti in noduli tubercolari completi della pelle. — Di tutto mostra i preparati microscopici.

VI. *Emery.* « Struttura degli organi rossi della vescica aerea del *Fierasfer acus.* »

L'organo anteriore è formato da una rete mirabile arteriosa e venosa alla quale fa capo la vascolarità di un disco epiteliale differente dall'epitelio vescicale. Esprime il dubbio che, dopo le esperienze di Moreau sulle secrezioni dell'aria dai corpi rossi e sulla influenza del simpatico in questa secrezione, e dopo gli studj di Engelmann sulla produzione di aria nel protoplasma dei rizopodi, l' epitelio polmonare dei vertebrati possa non essere senza influenza nel ricambio gazoso.

VII. *Sangalli.* « Quattro casi di rene unico. »

Trovava questi casi nella necroscopia di 6482 cadaveri: in tre mancava il rene destro, in uno il sinistro. Nel lato della mancanza del rene osservò pur quella della vescicola spermatica e del condotto ejaculatore corrispondente. In uno di questi casi trovò che il dutto deferente nel lato privo di rene sboccava nel dutto deferente opposto. Nell' ultimo dei casi osservati mancava anche il rene succenturiato, l' epididimo, il dutto deferente ed ejaculatore dell'istesso lato: esisteva anche l'atrofia della metà della prostata corrispondente al lato della mancanza del rene. Il cuore era ipertrofico. Nel rene unico trovò varie alterazioni, cioè ipertrofia semplice, ipertrofia con nefrite albuminosa, sviluppo di molteplici cisti, idrogenesi.

Il prof. Emery crede che le alterazioni notate dal prof. Sangalli pos-

sano dar luce nello studio dello sviluppo degli organi sessuali. Il dottor Bruni prende tale occasione per riferire di aver trovato nella sezione di un cadavere un rene unico di volume triplo del normale; il testicolo e le vescicole seminali erano normali. Il prof. De Renzi dice che le alterazioni che accompagnano il rene unico hanno molta importanza per la clinica; l'ipertrofia del cuore trovata dal Sangalli in quel caso può venire in appoggio della teoria meccanica per ispiegare l'ipertrofia di cuore nel morbus di Bright.

VIII. *Vizioli.* « Storia di alcuni ammalati di paralisi pseudo-ipertrofica. »

Ferma l'attenzione specialmente su due casi che molto si rassomigliano e per la sede della malattia e per l'età dell'infermo e per l'etiologia, l'uno osservato alcuni anni addietro, l'altro lo presenta all'adunanza; fa delle considerazioni sulle alterazioni anatomiche della malattia in parola, riserbandosi di dare maggiore sviluppo alle sue osservazioni.

Il prof. Sangalli dice aver osservato un caso in cui le alterazioni anatomiche si succedettero in altro modo; però crede che si concilii benissimo ciò che fu osservato da lui con quello osservato dal Vizioli.

Il prof. Ageno osterva che dall'esame del malato risulta che la sede della malattia è specialmente in quelle funzioni dei muscoli che sono denudate dalle fascie aponeurotiche (1).

Corso. « Dell'opinione dello Schiff che nell'organismo si formi un veleno che viene poi distrutto dal fegato. »

Adduce alcune esperienze da lui fatte per combattere tale opinione.

Fanno in proposito osservazioni i professori Mosso, Albertoni e Vizioli, il dott. Cervello.

X. *Emery.* « Della struttura delle spine velenose di alcuni pesci. »

La parte più importante in coteste spine è formata da cellule di aspetto ghiandolare. »

XI. *Marchiafava.* « Micro-organismi nella febbre tifoide e nell'endocardite ulcerosa. »

Presenta alcuni preparati per dimostrare la presenza di tali minimi organismi in parti di soggetti morti per le predette malattie.

XII. *Stefani.* « Di taluna funzione del cervello. »

Comunica alcune osservazioni sul volo dei colombi privati degli emisferi cerebrali, per le quali egli sarebbe indotto a credere che possono

---

(1) Il prof. Golgi che fu incaricato dell'esame de' muscoli in malati di paralisi pseudo-ipertrofica riferiva che a fresco osservossi mancanza di grasso ed un numero aumentato di nuclei: nelle sezioni trasverse dei pezzi induriti si riscontrarono fibre ingrossate e fibre assottigliate con un leggero aumento di connettivo interstiziale e mancanza di adipe; nel sarcolemma, considerevole quantità di nuclei e nucleoli nella sostanza muscolare, fatto che sui mammiferi non si osserva.

ancora formarsi delle nozioni di distanza. Si compirebbero cioè dei processi psichici all'infuori della presenza degli emisferi cerebrali.

Domandano spiegazioni e fanno osservazioni i professori Mosso, Vizioli, Zoja, Corso ed altri.

XIII. *Golgi.* « Sull'origine dei nervi nei varj organi centrali. »

Espone le conclusioni a cui è giunto dopo molti studj, e alle osservazioni fattegli dal dott. Laura, dichiara di rispondere presentando i preparati.

XIV. *Maragliano.* « Studj sulla temperatura cerebrale. »

A suo avviso è possibile che le variazioni di temperatura interna si trasmettano all'esterno attraverso le ossa del cranio.

XV. *Albertoni.* « Dei peptoni. »

Da' suoi esperimenti risulterebbe che i peptoni passano nell'interno degli organi.

XVI. *Stefani.* « Osservazioni sul cervelletto. »

Gli pare di poter dedurre che il cervelletto è centro di funzione riflessa atto a tenere il capo nella posizione naturale.

XVII. *Laura.* « Della struttura del midollo spinale.

Conferma la massima parte delle cose avvertite e pubblicate dal Golgi.

XVIII. *Maragliano.* « Sulla temperatura cerebrale nel sonno e nel dolore. »

Dai suoi esperimenti si possono trarre, ei dice, argomenti per giudicare se il sonno sia o no indipendente dalla circolazione.

XIX. *Fasce.* « Della respirazione in aria compressa. »

Ha provato che *respirando l'aria compressa dell'apparecchio del Waldenburg non aumentano le perdite di acido carbonico nell'aria espirata*, e quindi non aumentano le combustioni organiche. Dimostrò come questo mezzo di cura rende soltanto più facile l'espansione polmonare e toracica, aumenta la ventilazione polmonare e mantiene il perfetto miscuglio dell'ambiente esterno coll'atmosfera polmonare.

XX. *Ageno* e *Beisso.* « Sulla struttura del sistema commessurale encefalico. »

Queste ricerche vennero fatte nell'uomo e nel cane.

Il prof. Golgi coglie occasione per far notare che i così detti nervi del Lancisi non sono composti di pura sostanza bianca, ma che in essi è predominante la sostanza grigia, talchè possono paragonarsi a circonvoluzioni rudimentali, che si mettono in relazione col piede d'ippocampo: egli avvalora questi fatti con osservazioni d'anatomia comparata.

XXI. *Bajardi.* « Sulla neoformazione della sostanza ossea della cavità del midollo delle ossa lunghe e sulla riproduzione del midollo stesso in animali giovani. »

Da questi studj risulta che, dopo avere svuotato il canale midollare dell'osso del suo contenuto, in esso sino al 6° giorno si cominciano a

manifestare traccie della neoformazione di tessuto osseo, che dura poco tempo, ed al 45° giorno è già completamente scomparsa. La neoformazione comincia invece più tardi ma perdura nell'epifisi dell' osso. Il midollo poi si rigenera completamente in breve tempo (poichè nei suoi elementi ematogenetici) il lavorio comincia quattro giorni dopo l' operazione.

Il prof. Caselli fa osservare che i resultati degli studj del dottor Baiardi sono perfettamente d'accordo con quanto egli ha osservato nella pratica chirurgica, citando a questo proposito un caso importante di resezione della tibia.

Il prof. Bizzozero dimostra altresì l'importanza degli studi del dottor Baiardi per quanto riguarda la funzione ematopoietica del midollo delle ossa.

XXII. *Vizioli.* « Sul meccanismo della deglutizione. »

Fa notare che quanto si potè osservare nella malata operata dal prof. Caselli, viene a conferma della spiegazione del meccanismo della deglutizione proposta nel 1862 dal prof. De-Martino e da lui.

XXIII. *Tommasi Crudeli* e *Klebs.* « Sulla natura della malaria. »

Da questi studj, partecipati dal dott. Marchiafava, risulta che nel suolo delle terre malariche si sviluppa un organismo del genere *Bacillus,* i germi del quale possono sollevarsi nell'atmosfera; 2.° che le terre malariche convenientemente preparate, non che la pianta descritta coltivata in liquidi adatti introdotti nel corpo di animali di prova, valgono a produrre febbri che hanno i caratteri clinici e anatomici delle febbri di malaria nell'uomo.

Il dott. Marchiafava comunica altri fatti in conferma di questi studii, già noti ai lettori degli *Annali* per ciò che ne venne detto a pag. 516 del Vol. CCLII, e la possibilità di trasmettere in animali l' infezione malarica, colla introduzione nel corpo del sangue di uomini febbricitanti.

XXIV. *De Albertis.* « Sopra un segno microchimico per differenziare le pseudo-membrane crupose o difteriche dalle catarrali. »

Da una serie di esperienze egli potè dedurre i seguenti fatti: 1.° le pseudo-membrane specifiche, chimicamente considerate, sono di una composizione essenzialmente differente dalle catarrali; 2.° esse non contengono composti ematici come la tirosina, ma semplicemente materie fibrinogene; 3.° le pseudo-membrane catarrali debbono necessariamente considerarsi formate da principii albuminoidi in decomposizione, e ciò per la composizione chimica della tirosina stessa: per caratterizzare una pseudo-membrana d' incerta origine basta l' azione microchimica dell'acido solforico.

XXV. *Colomiatti.* « Di un tumore uterino. »

In questo tumore potè in tempi diversi, seguire le fasi dello sviluppo delle fibre muscolari striate da cellule connettive di neo-formazione; tumore che recidivò due volte sotto specie sempre diversa. Da prima era un mixoma — dopo diventò un rabdomioma con sostanza in-

terstiziale mucosa — in ultimo ebbe l'esito clinico del sarcoma, e presentò, all'esame microscopico, sull'ultimo pezzo esportato, la degenerazione cerea degli elementi muscolari che erano sostituiti da abbondantissime cellule connettive rigogliose. Fece vedere che questo caso non si può spiegare colla teoria dei residui di germi embrionali, e che se da una parte riesce per l'istologia patologica dell'utero un fatto nuovo, dall'altra è un buon contributo allo studio delle eterotopie ed allo studio della sostituzione successiva dei tumori che hanno origine da quelli elementi, i quali provengono dal foglietto medio.

XXVI. *Campana.* « Autopsia di un leproso. »

Data la descrizione delle alterazioni anatomiche macroscopiche e microscopiche formulava così la diagnosi anatomica. « Lepra cutanea dermatite flittenosa ed escarotica; ulcerazioni del palato molle e della laringe; pericardite adesiva; ipertrofia concentrica lieve del ventricolo sinistro; peritonite parziale; epatite int. parziale; tumore splenico e perisplenite fibrosa parziale; nevrite interstiziale; iperplasie linfadeniche multiple; atrofia cutanea e muscolare dell'avambraccio sinistro (leprose). »

Delle osservazioni microscopiche riferisce (per mancanza di tempo concesso ad ogni oratore) quelle riguardanti il *cuore* ed il *sistema nervoso periferico*; facendo notare che, il granuloma sottopericardico e del miocardio, nel caso da lui esaminato, affermi, con una osservazione molto più evidente delle altre avute sinora, l'esistenza della *lepra cardiaca:* che, nel sistema nervoso periferico, oltre le alterazioni rilevate dagli altri, è stata rinvenuta, nel caso in esame, una forma di endoarterite iperplastica, quasi obliterante, non descritta sino a questo momento. Accenna pure ad alcune proprietà istobiologiche del granuloma leproso, a paragone degli altri granulomi.

XXVII. *De Bonis.* « Della natura fisica della fibrina. »

Da questi studj eseguiti nel laboratorio di patologia sperimentale di Napoli, si ha che la fibrina ottenuta col metodo di I. Müller, filtrando il sangue di rana, è formata da granuli forniti di *attivi movimenti* e da una massa informe che li involge. [Onde il concetto dei due osservatori, fondato su alcuni dati è il seguente: Che quei granuli possano considerarsi siccome micrococchi e sferobatterii di fermentazione fisiologica, e che la *fibrina* degli umori circolanti, linfa e sangue e dei sacchi siero-linfatici, possa consistere in un *fermento vivo*, formato da minutissimi micrococchi esistenti nel plasma, sì che la coagulazione ne rappresenti la morte.

Passa indi a riferire gli studii sulle attività che siffatti granuli viventi mostrano nell'organismo vivo, raccogliendoli in diverso stadio col metodo di innesto di spazj artificiali nel tessuto connettivo sottocutaneo, e dimostra come essi granuli si vadano disponendo intorno a centri di organizzazione, composti da grossi granuli, nuclei o nucleoli e globuli bianchi, in tante *catene*, formanti in breve *cordoni reticolati*

a maglie progressivamente risultanti di trabecole grosse, includenti nei punti nodali nucleoli o globuli bianchi, sino a raggiungere il tipo di un comune essudato fibrinoso,

Oltre questo potere d'organizzazione si considera quello del concorso di questi granuli alla formazione di cellule giganti.

XXVIII. *De Bonis.* « Sul valore delle alterazioni rinvenute nella midolla delle ossa in casi di anemia perniciosa progressiva. »

Ricorda brevemente i lavori eseguiti sull'importante questione *ematopoietica* della midolla delle ossa, il cui merito precipuo spetta al Bizzozero; e riferisce le osservazioni fatte sopra la midolla delle ossa di animali assoggettati ad anemia sperimentale e quelle eseguite sulla midolla di individui morti per malattie esaurienti. Nella grande maggioranza di queste osservazioni la midolla delle ossa ha presentato le lesioni analoghe a quelle descritte nell' anemia perniciosa progressiva, cioè di midolla rossa e fornita di cellule ematofage, sicchè gli autori deducono che siffatte lesioni siano da considerare più come effetto che come causa della grave anemia.

XXIX. *De Castro.* « Alcune considerazioni sull'esame del sangue a scopo medico legale. »

Indica gli esami da lui eseguiti e i mezzi di cui si è servito.

XXX. *Conti.* « Dell'emoglobinuria. »

Presenta alcuni preparati di rene d'un tale che patì d'emoglobinuria e dal quale crede poter trarre qualche corollario per lo studio del processo patologico di questa forma morbosa, argomento di cui già fecero cenno gli *Annali* in questo stesso Volume (p. 338).

XXXI. *Cardarelli.* « Dell'irritazione del vago. »

Espone alcuni fatti di perturbato circolo e respiro, siccome alcuni fenomeni nervosi dipendenti, ei crede, dall'irritazione del vago. Le pulsazioni diventano non solamente rare, ma presentano caratteri sfigmografici singolari, analoghi in alcuni punti a quelli che si osservano nell'insufficienza aortica. L'ambascia respiratoria può essere notevolissima, ed i malati si dolgono come d'un cerchio di ferro che loro stringa il torace. Si notano fenomeni nervosi, convulsioni eclampsiche che si accompagnano col così detto polso raro permanente. Egli domanda ai fisiologi spiegazione di questi fatti.

Il prof. Fasce, il prof. Bizzozero, il dott. Corso, ed il prof. Albertoni rispondono ad alcuni dei quesiti posti dal prof. Cardarelli.

XXXII. *De Martino* e *Bonis.* « Dell' origine dei globuli rossi del sangue. »

È il risultato di osservazioni fatte sopra uova di gallina tenute in incubazione. Dopo 12 ore l'incubazione le cellule mesoblastiche si mostrano aumentate in volume, polinucleate e ramescenti, ciò che dopo 24 ore d'incubazione è più evidente. Dopo 36 ore si osservano isole caratteristiche formate da fusione di cellule mesoblastiche che mandano vegetazioni ramescenti e conformantesi in tubi, nell'interno dei quali si

trovano numerosi corpuscoli nucleati, che passando per gradazione di colorazione, diventano globuli rossi. Pone il dubbio che non si abbiano produzioni di globuli per scissione, secondo Remack, e possa avvenire una genesi di globuli rossi per opera delle cellule endoteliche che rivestono il reticolo delle glandole.

Il prof. Bizzozero rammenta alcune ricerche, per es., quelle di Foà e Salvioli, che possono rafforzare il sospetto d'una genesi di globuli rossi nelle ghiandole linfatiche. Fa notare essere stata già confermata anche la scissione di globuli rossi durante la vita embrionale.

XXXIII. *Sanquirico*. « Influenza del salasso sulla nutrizione dei tessuti. »

Contrariamente a quanto venne pubblicato dal Perl e da Weiss ed altri che pur trattarono sperimentalmente l'argomento, egli non ebbe risultati funesti nei suoi animali, *aumentarono tutti considerevolmente di peso e non presentarono alla necroscopia traccia di degenerazione grassa del cuore*, come venne descritta dagli altri. Facendo però gli stessi esperimenti sopra animali che vennero tenuti in cattiva condizione, egli confermò in questi una considerevole diminuzione di peso. Perciò sarebbe indotto a credere che l'anemia per sè sola non è capace di produrre gravi alterazioni nei tessuti, e che quelle osservate dagli altri esperimentatori, ripetono la loro origine da tutt'altra causa che non dal salasso.

Il prof. Cardarelli espone alcuni fatti clinici che sembrangli in contraddizione coi risultati delle esperienze del dott. Sanquirico, ed espone il dubbio che le protratte salassature possano poi realmente produrre alterazioni dei tessuti. — Il dott. Sanquirico risponde che nelle sue esperienze ha voluto provare come si possa procedere ad un dissanguamento assai profuso e prolungato senza che l'anemia risultante abbia potuto alterare i tessuti, pur persuaso che salassando all'infinito debbano avvenire poi conseguenze funeste.

Il prof. De Bonis dice che nelle esperienze da lui fatte sui conigli a proposito dell'anemia ha trovato che piccole e non troppo prolungate sottrazioni sanguigne non sono seguite da degenerazione grassa, nel mentre questa si manifesta quando i salassi sono profusi e si succedono per un tempo abbastanza lungo. Il dott. Sanquirico fa notare come queste degenerazioni grasse, talora incontransi anche allo stato normale nei conigli, sui quali animali operava il prof. De Bonis. Il prof. Bizzozero dichiara come i risultati delle esperienze del dott. Sanquirico valgano a dimostrare come le sottrazioni sanguigne anche gravi e ripetute non producono degenerazione grassa del cuore, e come nei casi in cui questa avviene debba attribuirsi ad altra causa ancora ignota.

XXXIV. *Corso*. « Sulla pressione del sangue nel ventricolo sinistro. »

Insiste sul suo metodo d'esperimentare, nell'introdurre cioè la cannula nel ventricolo stesso: ne risulta che la pressione sarebbe minore di quella dell'aorta, ma questo fenomeno si impedisce con mezzo sem-

plicissimo diminuendo l'apertura di comunicazione fra il cuore ed il tubo del manometro.

Il prof. Cardarelli dubita che le curve ottenute dal prof. Corso siano dovute ad insufficienza aortica provocata dall'introduzione della cannula, e riferisce come questo sia stato rilevato nel laboratorio del professore Marey.

Il prof. Corso risponde che la differenza sta nella diversa cannula: quella del Marey è appunto foggiata in modo da provocare un'insufficienza aortica.

IV. Sezione. — *Igiene, Medicina pubblica, Medicina legale.*

Dei lavori di questa Sezione venne dato conto nel precedente fascicolo (p. 371) in seguito alla relazione del Congresso d'Igiene di Torino.

V. Sezione — *Studj speciali.*

Ginecologia, Ostetricia e Pediatria.

I. *Somma.* « Sull'idrocefalo dei bambini. »

Dopo avere esposto la storia di cinque casi d'idrocefalo seguiti da guarigione trattati colla buona nutrizione, col soleggiamento e col fosfato acido di calce, unendo la cura specifica quando eravi sifilide, trae pur conclusione essere il soleggiamento un nuovo e buon metodo di cura in molti casi, mentre potrebbe riescire dannoso nei soggetti deboli e deperiti. Prescrive che il bambino stia esposto al sole da 20 ai 30 minuti poscia da 40 ai 50 una volta al giorno seguitando la cura per un mese ma non durante l'inverno.

Il dott. Gasparini propone la sostituzione della corrente elettrica continua, nei giorni in cui non avvi sole, e ciò per promuovere l'assorbimento.

Il Somma si oppone a questo metodo temendo accidenti sinistri.

Il dott. Petrilli dice esagerati questi timori.

Il Gasparini ripete altrettanto.

Il prof. Porro crede che, non alla diminuzione dello siero, ma al miglioramento delle condizioni generali del bambino debbansi i felici risultati. Cita un caso di un bambino di 15 mesi, in cui traforato il cranio, e fatto lo svotamento con un aspiratore, risorgeva l'intelligenza e l'attività, ma in breve tempo la raccolta rinnovavasi accompagnata dagli stessi effetti morbosi, talchè per tre volte si dovette ripetere l'operazione.

Il prof. Campana parla dei rapporti fra le funzioni della cute e delle sierose, dimanda al Somma perchè ebbe ricorso al soleggiamento anche nel caso d'origine sifilitica, e quali siano le differenze anatomiche fra le forme comuni e le sifilitiche.

Il dott. Somma risponde essere convinto dell'esistenza dell'idrocefalo specifico, ma non di essersi occupato dell'anatomia patologica di questo

e di trovar sempre indicato l'accoppiamento dell'uso del joduro di potassio al soleggiamento.

II. *Chiara.* « Ipertermia puerperale. »

Tratta della conseguenza delle alte temperature nei processi puerperali e della inutilità del chinino portato anche alle dosi di 3 o 4 grammi in poche ore, mentre si ha un abbassamento di uno e talvolta di due gradi facendo l'impaccamento col lenzuolo freddo bagnato, avendo a scopo non di curare l'elemento morboso, ma di trattenere la temperatura entro limiti non pericolosi.

Il dott. Chiarleoni vorrebbe sostituito l'aceto aromatico all'acqua ghiacciata, perchè oltre all'aromatizzare l'ambiente si ha la pronta evaporazione che produce freddo molto intenso.

Il dott. Mascagni dimanda se il prof. Chiara ha rinunciato al chinino anche nelle forme remittenti.

Il Chiara risponde aver trovato inutile il chinino anche in queste forme.

I dott. Crapols, Verdese, Fornari, Manassei, Pelizzari e Cosentino dividono l'opinione del prof. Chiara, e sperano vincere li pregiudizj del volgo mediante i felici risultati che si attendono dall'impaccamento freddo.

III. *Peruzzi.* « Sull'amputazione utero-ovarica. »

Esordisce coll'applaudire al prof. Porro che segnò una delle pagine più splendide dell'Ostetricia. Narra la storia di quest'operazione da lui eseguita con felice successo in donna rachitica con viziatura reniforme di bacino in 3° grado. Non s'allontanò per nulla dal metodo Porro, tranne che si servì del termo-cauterio per la recisione dell'utero al di sopra del laccio e pose l'apparecchio fognatore utero-vaginale. Feto vivo con diamesri normali, aveva il peso di 2840 grammi. Fu eseguita l'operazione il 21 giugno, si tolsero i punti di sutura il 2 luglio, l'apparecchio fognatore l'11, ed il 16 la donna era pienamente guarita. Il Peruzzi domanda se debba sempre farsi seguire l'amputazione uterina all'operazione cesarea anche in quei casi in cui la ristrettezza di bacino sia tale da lasciar credere possibile l'uscita in successiva gravidanza, di un feto a 7 mesi compiuti, mediante il parto prematuro provocato.

Il Porro desidera sia precisata la quistione, perchè potrebbe cader dubbio sulla scelta fra l'embriotomia ed il taglio cesareo.

Il Peruzzi risponde che la sua domanda si restringe al caso di taglio cesareo cui debba farsi seguire o no l'amputazione dell'utero, giacchè la scelta fra l'embriotomia e la gastro-isterotomia è cosa tutta d'apprezzamento individuale per parte dell'ostetrico.

Il prof. Porro svolge l'argomento del proprio processo, si difende da una censura direttagli dell'assente professor Macari, e dichiara che l'amputazione dell'utero non è una necessità ammessa *a priori*, ma ritiene indispensabile la sua operazione nelle massime ristrettezze pelviche, al disotto di 65 millimetri, mentre al disopra sarebbe proclive a

lasciar l'utero in posto, guidato però dall'indicazione speciale dei casi. Fa osservare che col suo metodo si ottennero guarigioni non mai sperate in passato, ma che però non debba dimenticarsi il caso fortunato del dott. Belluzzi (*sutura dell'utero*) in quegli incontri in cui l'emostasi uterina sia pronta e facile.

Il prof. Chiara dice che nella quistione proposta dal Peruzzi di feto vitale a 7 mesi sarebbe a supporsi un bacino dai 70 ai 75 millimetri, perciò in proporzioni tali da doversi tentare l'estrazione per le vie naturali sia col forcipe, sia col rivolgimento, ma che dovendo fare il taglio cesareo, darebbe sempre la preferenza al metodo Porro.

Il dott. Chiarleoni appoggia con validi argomenti la medesima opinione; vorrebbe abbandonato l'aborto ostetrico, lasciando al criterio del pratico, per indicazioni speciali, l'embriotomia a corpo vivo. Mentre costantemente al disotto dei 7 centimetri vorrebbe sempre eseguita l'operazione cesarea modificata dal Porro. Cita la statistica favorevole del dott. Berruti.

Il Berruti accenna all'esattezza delle cifre riferite nel suo lavoro da cui risulta la mortalità fornita dall'operazione Porro del 50 per 100.

Il Chiara crede che la mortalità nelle donne coll'embriotomia sia molto inferiore a quella data dall'amputazione utero-ovarica, dice di non conoscere casi di guarigione col metodo suggerito dal Belluzzi.

Il dott. Belluzzi riferisce alcuni casi felici tolti da giornali in appoggio alla sua operazione, accenna al bisogno di tutte le cautele antisettiche, e dice come nel suo caso non avrebbe avuto difficoltà d'amputare l'utero qualora da quest'organo fosse sorta emorragia.

Il Peruzzi parla dei vantaggj della fognatura addomino-vaginale, e fa encomi al metodo Lister.

Il Chiara non crede necessario tale fognatura, dubita dell'esattezza delle statistiche dell'amputazione utero-ovarica, prega i colleghi a volersene assicurare ed esorta a semplificare e rendere facile questa importante operazione; non accetta l'uso del termo-cauterio.

Il Porro fa notare che quando eseguì la sua felice operazione non adoperò metodo Lister, e che regnavano nell'Ospizio processi puerperali, ma riconosce tutti i vantaggj delle previdenze antisettiche.

Il dott. Ferrari accenna all'utilità del metodo Lister nel caso del Tarnier.

Il Chiara risponde al Ferrari essere già a tutti noto come il Porro ebbe felice risultato anche senza metodo Lister, ed in momenti sfavorevolissimi per le sale.

Il dott. De Paoli crede essere indicata l'operazione del Porro nei casi di rottura spontanea del fondo dell'utero.

Viene chiusa la discussione con applaudendo all'ardita innovazione del prof. Porro.

IV. *Pajusco.* « Note ostetriche-ginecologiche. »

Venne letto per intero l'accurato lavoro che verrà pubblicato negli

atti del Congresso; ma non fu aperta la discussione per indisposizione dell'Autore.

V. *Chiarleoni.* « Arrovesciamento dell'utero gravido ed estirpazione del medesimo nei casi di cancro epiteliale del collo. »

Espone un caso in cui trovandosi di fronte ad un utero affetto da cancro epiteliale cervicale, estratto il feto, rovesciò l'organo all'esterno e lo tolse via dal lato della vagina. Fa pregevoli considerazioni anatomiche e patologiche in rapporto al manuale operatorio e sottopone le sue idee al giudizio de' colleghi. Conclude ch' esso farebbe il taglio cesareo e l'amputazione d'utero-ovarica consecutiva, trovandosi d'aver a fare con una gravidanza a termine in utero canceroso; ma si atterrebbe invece allo svuotamento dell'utero, al rovesciamento ed all'estirpazione per la via della vagina, quando il feto non fosse vivo o vitale.

Il Chiara dimanda alcune dilucidazioni e ritiene indicata l'operazione cesarea unita alla demolizione dell'utero, quando trattasi di vasta neoproduzione che induca a favorire la vita del feto, anzichè quella della madre; non si mostra molto favorevole all'operazione del Chiarleoni, temendo tristi conseguenze pei rapporti anomali che può aver preso l'utero e per le difficoltà d'esecuzione che in taluni casi si possono incontrare.

Il Porro fa diverse considerazioni sulle indicazioni anatomiche patologiche, che devono indurre a salvare più probabilmente la vita o della madre o del feto. Accetta l'operazione del Chiarleoni in massima, ed invita a studiare le indicazioni per poterle precisare.

Il prof. Tibone preferisce l'operazione cesarea.

Il prof. Minati non crede utile l'estirpazione dell'utero, perchè la gravidanza per sè stessa fa precipitare il corso dell'affezione cancerosa.

Il prof. Bottini trova molto razionale l'operazione del Chiarleoni ed appoggia questa nuova idea con validi argomenti.

VI. *Maggioli.* « Sulla cura della febbre puerperale. »

A base della terapia della febbre puerperale pone quattro indicazioni; prevenire l'infezione — quando sia avvenuta, limitarla neutralizzando il virus — eliminare il virus — sostenere le forze e combattere i sintomi gravi e pericolosi. — Crede che il virus dipenda da un parassito speciale, e consiglia le injezioni intra-uterine e vaginali con soluzioni d'acido carbolico e jodoformio. Cita un caso di guarigione coll'uso del solo jodoformio.

Il prof. Pelizzari fa osservare come il forte odore di questo preparato lo renda in molti casi insopportabile.

VII. *D'Urso.* « Sulla sinfisiotomia per eccessivo sviluppo del feto. »

Narra un caso in cui il feto morì per eccessivo sviluppo di tutto il corpo e dimostra come la sinfisiotomia sarebbe riuscita a salvarlo se fosse stata in tempo praticata; dice come la scuola Napoletana sia madre di questa operazione.

Il dott. De Paoli accenna all'innocuità di questa operazione per la madre e per il feto, e vorrebbe che di frequente vi si ricorresse nei casi di distocie in cui nè il forcipe, nè l'aiuta-forcipe di Joulin fecero cattiva prova.

Il dott. Ricci dice che in molte altre parti d'Italia s'eseguisce la sinfisiotomia e che perciò non è una pratica esclusiva della scuola Napoletana.

VIII. *Ricci.* « Presentazione gemellare singolare. »

Espone un caso di presentazione della testa di un feto in prima posizione, avendo ai lati e al di dietro della testa le gambe di un altro feto. Furono estratti amendue con esito favorevole alla vitalità.

IX. *Maggioli.* « Due pelvi diastatiche. »

Trattasi della mancanza congenita delle sinfisi del pube e su questa anomalia l'Autore legge un erudito ed applaudito lavoro, che verrà per intero pubblicato. Non fu aperta discussione.

IX. *Ruffo.* « Ostacolo al parto per volume eccessivo delle spalle del feto. »

Narra un caso in cui dopo l'uscita del capo riuscì difficilissima l'estrazione delle spalle per abnorme sviluppo di queste, fu d'uopo ricorrere all'uso dell'uncino ottuso. L'Autore descrive tutte le utilità di questo istrumento, giacchè applicato all'ascella posteriore imita perfettamente l'azione della natura.

Il dott. Fornari descrive caso uguale della sua pratica in cui ebbe ricorso alla clavicotomia, ottenendo la riduzione di mezzo pollice colla semplice e di un pollice colla doppia.

XI. *Oliveti.* « Cura endo-uterina della metrite puerperale. »

Svolge molto bene l'argomento della terapia endo-uterina, dimostra come le irrigazioni fenicate e le injezioni a doppia corrente non bastano a pienamente disinfettare il cavo dell'utero, propone invece e convalida coi fatti la polverizzazione nel cavo dell'organo stesso di soluzioni fenicate. Crede che tal metodo oltre all'antisepsi favorisca anche l'involuzione dell'utero.

I dott. Bomba, Ferrari, Ottero ed 1 prof. Pellizzari fanno qualche osservazione.

XIII. *Pittaluga.* « Sull'andamento della temperatura nell'eclampsia puerperale. »

Lavoro accurato ed utile da cui risulterebbe che la temperatura nell'eclampsia puerperale ascende dal principio degli accessi sino alla fine che non vi ha rapporto tra temperatura ed accesso: che quando la malattia, termina con guarigione, giunta la temperatura circa a 40° discende gradatamente sino al normale; che se invece volge ad esito infausto oltrepassa i 40° e talvolta cresce il calore anche dopo morte.

I dott. Ruffo, Bomba, Merlino e De' Paoli parlano in favore su questo argomento.

XIII. *Chiara.* « Di un vecchio instrumento nella pratica ostetrica (1) ». Trattò dell'*uncino acuto*, e ruppe una lancia in suo favore richiamando il detto di Verdi: *torniamo all'antico.*

Accennò al dubbio di scelta degl' istrumenti nei casi in cui vi sia a vincere un ostacolo meccanico diminuendo la resistenza del feto e divide la predilezione degli ostetrici in cinque gruppi:

1.° Quelli che restano fedeli all'uncino acuto.

2.° Dei Tedeschi che abbandonano il cranioclaste per il cefalotribe.

3.° Dei Francesi pei quali il cefalotribe rappresenta ancora il loro ideale.

4.° Dei Belgi che si mantengono fedeli allo sfeno-trapanatore del loro Huber.

5.° Degl'Italiani ondeggianti fra il cefalotribe, il cranioclaste e l'uncino.

Dimostrò come il cranioclaste agisca come l'uncino e fece il confronto fra quest' ultimo istrumento ed il cefalotribe. Fece il parallelo fra i vantaggj ed i danni di amendue quest' istrumenti e dimostrò che gl'inconvenienti stanno a danno del cefalotribe perocchè la mortalità consecutiva all'uso dell'uncino è del 28 per 100 minore di quella data dall'uso degli altri istrumenti. Narrò le storie di 25 casi nell' ultimo decennio in cui l' uncino ultimava operazioni incompiute da altri istrumenti. Diede termine alla conferenza dicendo di non temere che le sue parole abbiano a generare un abuso, perocchè a chi manca l' animo di applicare il cefalotribe non basterà certo per applicare l'uncino.

CASELLI AZZIO.

2. *Sifilografia e Dermatologia.*

I. *Sangalli.* « Storia anatomica di un caso di lebbra degli Arabi. »

Notabile lo sviluppo degli strati cornei nei punti compresi dell' eruzione: notabile altresì la *localizzazione del morbo nel tratto intestinale.*

II. *Campana* « Dell'azione dell'acido pirogallico nella *onicogrifosi.* »

Nota l'efficacia di detto mezzo per produrre un' escara sufficiente e moderata reazione flogistica nei tessuti vicini; e per modificare la nutrizione delle papille ipertrofiche. — Laonde dopo poche applicazioni se ne hanno lodevoli effetti.

Cita in proposito la storia clinica di un ammalato di *onicogrifosi*, in cui il rimedio riuscì efficace; ed egli crede che possa essere adottato con vantaggio, senza temere dei danni.

Aperta la discussione su questo argomento, vi prendono parte il dottor Schilling, il prof. Gamberini; il primo chiede se la forma osservata era parassitaria, ed il secondo se il prof. Campana crede che l' onicogrifosi possa considerarsi un' esagerazione della forma di psoriasi; am-

---

(1) Conferenza serale.

mettendo uno stretto rapporto tra essa e la psoriasi stessa. Il Campana risponde che non trovò parassito di sorta nel suo caso, e non si fida di definire questa forma per *psoriasi*.

III. *Campana*. « Storia di cefalea sifilitica. »

Invertendo l'ordine delle abitudini (facendo cioè dormire l'inferme di giorno e vegliare la notte) potè ottenere s'invertissero le ore in cui sorgeva cefalea intensissima d'origine sifilitica, e che travagliava il paziente nella notte.

Prendono parte alla discussione di questo fatto, che vale a confermare l'influenza del periodo ciclico giornaliero del ricambio materiale sul periodico ritorno di fenomeni morbosi, il dott. Barduzzi, il prof. Scarenzio e il prof. Pellizzari.

IV. *Campana*. « Scala cromatica per l'indicazione delle colorazioni cutanee patologiche. »

Si dovrebbe prendere per tipo quella della Società antropologica di Parigi: e così verrebbero esattamente indicate non solo le tinte del tipo fisiologico della cute umana, ma anche le variazioni morbose e persistenti del colorito di essa.

V. *Campana*. « Topografia delle eruzioni cutanee. »

Le eruzioni cutanee che non sono di origine esterna dovrebbbero essere segnate su figure di uomo o di donna (nella faccia anteriore e posteriore), nelle quali sieno tracciati con la massima precisione, i singoli territorii dei nervi cutanei; e ciò affine d'avere altro elemento di fatto per determinare la relazione di certe dermatosi col sistema nervoso.

Su questa proposta e la precedente parlano il Barduzzi, lo Scarenzio, il Pellizzari, il Gamberini che, in generale, convengono si possano adottare.

VI. *Schilling*. « Dell'erpetismo. »

Prima di stabilire il vero concetto dell'*erpete*, il disserente fa notare come esso ebbe diverso significato a seconda delle diverse teorie regnanti nelle scuole. Per gli *umoristi* l'erpete era *o una diatesi, o una discrasia, o un' infezione*. Venuta l'anatomia patologica in soccorso alla dermatologia si potè stabilire che nelle eruzioni erpetiche si hanno quelle stesse lesioni che in altre dermatosi (eczema) e nacque la scuola dei *localizzatori*. Combatte quindi ad uno ad uno gli argomenti addotti dalla scuola degli *Umoristi* in loro favore, cominciando dall' argomento *dell'eredità delle forme erpetiche*. La propensione ad alcune forme cutanee non indica già alterata crasi di umori, ma poca resistenza della pelle più vulnerabile in dati individui dalle cause esterne. Questo è evidente negli scrofolosi. L' argomento *delle recidive e della renitenza* non hanno grande valore; le recidive non hanno a che fare col supposto inquinamento del sangue e la renitenza può esser vinta con acconcia e ragionata *cura topica*. L'argomento della metastasi merita appena di essere accennato, quantunque gli umoristi ne facciano il perno della questione.

Accennati i caratteri assegnati dagli umoristi alle forme erpetiche, determina le cause dalle quali l'erpete può essere prodotto; fra le cause predisponenti sta in primo luogo *l'eredità* intesa nel senso che il figlio erediti dal padre quella tale disposizione della cute per cui essa è proclive a questa data infermità. Il clima, la stagione fredda, il sudiciume, le ferite di qualche nervo, le alterazioni di organi interni (come catarri intestinali, malattie epatiche, malaria) ecc., sono da annoverarsi tra le cause dell'erpete. Conchiudendo è assolutamente esclusa la *diatesi*. L'erpete non dipende da unica causa, ma è l'effetto di lesioni molteplici della cute che possono dipendere:

1. Da poca resistenza vitale della cute per fatto ereditario congenito.
2. Da debolezza di costituzione generale.
3. Da malattia degli organi interni.

Il prof. Scarenzio chiede come mai si spieghi che la sifilide (malattia diatesica per eccellenza) produca le forme cutanee al pari dell'erpetismo. Il dott. Schilling risponde che la diatesi sifilitica, benchè si possa manifestare con forme vescicolari, non ha punto attinenza con ciò che egli dice dell'erpete, escludendo nelle forme inclusivamente dette erpetiche il *quid speciale erpetico*.

Il prof. Gamberini, appoggiandosi alla sintomatologia obbiettiva e subbiettiva adottata dalla scuola francese e sull'argomento terapeutico, ammette *una diatesi erpetica*.

Lo Schilling mentre rispetta l'opinione del prof. Gamberini, insiste nell'ammettere una predisposizione locale (sistemopatia). — Fattane la proposta dal dott. Barduzzi, si approva di sospendere la discussione sopra argomento sì importante e controverso.

VII. *Campana*. « Alcuni studj clinico-anatomici sulla lebbra (Lepra Graecorum). »

L'argomento in discorso essendo stato studiato da molti esigeva un esame accurato della relativa *Bibliografia* per poter accingersi a nuovi studii; nota che dalla bibliografia dell'*era biblica*, e da quella di un *periodo storico* antico non si hanno che studj prevalentemente nosografici, e, che, solo in quella di un *periodo storico moderno*, il quale comincia dal 1847 (con Boeck e Danielssen) e viene sino ad oggi, si trova del materiale anatomopatologico ben determinato che può servire di ajuto a nuove ricerche. Accenna a diverse particolarità nosologiche e anatomiche da lui rilevate, quindi pone le seguenti conclusioni:

Nel sistema nervoso periferico, oltre le alterazioni rilevate fin'ora bisogna ammettere anche una forma di *endoarterite*; e nel cuore alterazioni dipendenti dal granuloma leproso; — dal lato clinico:

Aumento di temperatura relativo sulle chiazze eritematiche di recente data.

Afferma l'efficacia della crisarobina sulle chiazze eritemato-tubercolari da lui medesimo adoperata, e dichiara la necessità di continuare esperimenti sull'uso interno dell'olio di *Gaulmora*, consigliato nella ebbra.

Il prof. Sangalli fa alcune osservazioni. Da ultimo aggiunge in proposito, e particolarmente al poco sviluppo del connettivo nel caso riferito dal Campana in confronto di quello da lui veduto e più sopra ricordato.

VIII. *Scarenzio.* « Caso di lebbra tubercolare. »

Venne in esso confermata l'efficacia .dell'acido crisofanico; il quale anche mostrossi giovevole in altre affezioni cutanee.

IX. Prof. *E. De Rossi.* « Sulla terapia delle malattie dell'orecchio in genere e specialmente sul loro trattamento chirurgico (1). »

Dimostrava quanto sia importante l'argomento che aveva preso a trattare e quanto ingiustamente per l'addietro fosse negletto. Quindi dichiarava come gli stessi criterj, che guidano il medico nella cura delle malattie mediche e chirurgiche, debbono applicarsi alla cura delle malattie dell'orecchio. Disapprovava l'uso invalso sin dai tempi d'Ippocrate di ricorrere all'empirismo anche per questo genere di malattia, descrivendone i tristi effetti. Per dare un'idea della terapia nelle malattie dell'orecchio divideva queste in due grandi classi: acute e croniche e ne dava la definizione esponendo alcuni principii terapeutici generali. In li trattava particolarmente della cura delle malattie del condotto acustico, della cassa, della membrana, del timpano, secondo i lumi della scienza moderna, descrivendo molti casi occorsigli nei quali non si peritò di tentare difficili e rischiose operazioni sopra tali parti dell'orecchio. Conchiudeva col far voti perchè anche in Italia si studj la otojatria quanto presso le straniere nazioni.

CONGRESSI MEDICI STRANIERI

53.ª Riunione dei medici e naturalisti tedeschi in Danzica. — Sezione chirurgica. — Relazione di HOEFTMANN di Konisberga. (*Centr. f. Chir.* 1880, 44, 45, 47 e 49).

I. *Baum* (di Danzica). « Cura radicale del cancro dell'utero ». (Secondo il rendiconto particolare dell'Autore).

L'utero si presenta molto adattato per una eventuale cura radicale del carcinoma, perchè questo ci resta di solito per molto tempo localizzato e perchè le glandole ipogastriche, che si trovano in rapporto coll'utero stesso, e che per la loro posizione si sottrarrebbero al coltello chirurgico, vengono anch'esse di solito molto tardamente infette. Se le

(1) *Conferenza serale.*

operazioni parziali, e specialmente la escisione imbutiforme e l'amputazione sopravaginale, non danno migliori risultati, ciò dipende da questo che il campo operatorio vi è difficilmente accessibile e solo di rado permette di determinare chiaramente i confini del tessuto sano coll'ammalato. È perciò che l'oratore non ottenne che un solo buon risultato permanente dopo l'escisione imbutiforme; ed anche dopo l'amputazione sopravaginale, da lui praticata nello scorso inverno ben sette volte, fra cui cinque per carcinoma (si noti in proposito che egli scostandosi in ciò dalla pratica di Schroeder lasciava aperta la ferita peritoneale e ci introduceva l'apparecchio fognatore) non ebbe che in due casi una guarigione finora mantenutasi. Del resto tutti i casi decorsero affatto senza reazione. In tale stato di cose l'estirpazione totale dell'utero ci pare certamente molto conveniente. Ma l'operazione di Freund non poteva soddisfare a tutte le esigenze, perchè essa non teneva abbastanza conto della concomitante affezione della vagina, ed anche perchè si presenta come un processo troppo pericoloso, sia per la possibile ferita degli ureteri, che per il collasso e per l'infezione settica. La frequenza di quest'ultima viene ben a ragione ascritta da Bardenheuer alla sutura del peritoneo, la quale, quando sia una volta insorta la putrescenza, impedisce che defluisca il secreto e che si tenga ben asciutta la piaga.

Dopochè Scroeder facendo l'amputazione sopravaginale ha indicato la via per eperare sulle parti superiori dell'utero, Czerny praticò l'estirpazione totale dell'utero dalla vagina; l'operata morì sei mesi dopo per un ascesso del bacino che l'oratore ritiene come conseguenza della sutura del peritoneo, pure eseguita da Czerny e della ritenzione prodotta dalla medesima. In seguito Billroth per primo eseguì l'operazione lasciando perfettamente aperta la ferita peritoneale, e su 4 operate ottenne 3 guarigioni.

Baum ha fatto l'operazione col metodo di Brillroth 4 volte. La prima ammalata venne operata il 21 giugno, e fu dimessa pienamente guarita il 1.° agosto. Essa si presentò anche ultimamente nel Lazzaretto, e nel fondo della vagina aveva un piccolo cercine mucoso, rosso-turchino, che si dava chiaramente a divedere come appartenente ai monconi delle trombe. La seconda paziente morì al quinto giorno; le era già stata prima fatta altrove l'amputazione sopravaginale, ma il carcinoma erasi rinnovato. All'autopsia si trovò che era restato in posto ancora un grosso pezzo di tumore nel tessuto cellulare retroperitoneale. La terza operazione fu fatta il 4 settembre in una virago avanzata d'età, nella quale si dovettero prima eseguire delle incisioni nella vagina per rendere accessibile l'utero. In questa donna erano prese dalla malattia anche le trombe, in modo che venne levato tutto l'apparecchio sessuale interno, ad eccezione dello stretto cilindro vaginale e delle terminazioni esterne delle trombe. Anche questa operata si presentò ultimamente in piena convalescenza nel Lazzeretto. La quarta operazione infine fu eseguita in una donna molto stremata di forze per perdite di

sangue; la paziente soccombette 18 ore dopo l'operazione per collasso, mentre le altre ammalate non presentarono quasi traccie di sintomi di collasso.

Le dette operazioni furono eseguite secondo la descrizione fattane da Wölfler nell'ultimo Congresso dei chirurgi. Se l'utero era mobile, veniva esso tirato in fuori, poi si incideva tutto intorno il fornice vaginale a 1-2 centim. dalla neoformazione, e con istrumenti ottusi si liberava l'utero stesso dai tessuti che lo circondano, prima in avanti e poi all'indietro. Le due parti laterali, nelle quali stanno le arterie uterine, vengono assicurate con una legatura in massa. Di poi si apre la ripiegatura del Douglas con un taglio diretto verso l'utero, e allora si tira fuori il legamento laterale destro col dito piegato ad uncino. Poi si deve recidere la plica vescico-uterina che resta tesa e che è molto sottile e che appare sul polpastrello del dito; e con ciò si rende libero l'apice del dito, ai lati del quale si allaccia in una o due porzioni, e si recide il detto legamento lateral destro. Allora si può prendere il fondo dell'utero e si estrae lateralmente dalla ferita peritoneale. Infine si allaccia e recide all'egual maniera del destro anche il legamento lateral sinistro. Se poi invece l'utero fosse immobile si deve allora operare lentamente e cautamente fino a che lo si è reso mobile; e ciò può riuscire veramente difficile.

L'emorragia non è considerevole e viene facilmente padroneggiata colla compressione dell'aorta. Le cautele antisettiche da prendersi sono le solite; nel cavo addominale s'introducono due tubi fognatori grossi come un dito senza aperture laterali; uno di questi tubi si introduce anche nella vagina, e questo sia fornito di aperture laterali; la vagina si ottura leggermente con della garza ripiegata e al tutto si sovrappone una medicatura Lister. Intorno al ventre si avvolge ben strettamente una fascia di flanella.

Nella cura consecutiva non si deve mai ommettere la misura della temperatura che si deve replicare ogni due ore. Appena che la temperatura comincia a sorpassare il grado normale, si deve subito injettare attraverso ai tubi fognatori dell'acqua clorata o salicilata e deve rinnovarsi la medicatura. Questa regola venne trascurata nel secondo caso dall'ammalata; nel terzo la temperatura ad un'ora di notte era salita a 38°,2, e dopo l'irrigazione ritornò tosto alla norma.

I tubi possono essere levati al 4.°-5.° giorno, e la guarigione è completa in 5 6 settimane.

I due casi di morte si sarebbero potuti evitare, perchè gli errori commessi sono evidenti. Infatti un'ammalata anemica in alto grado si deve, come bene ha insegnato Péan, rinforzare per più settimane, prima di passare ad operarla; per tutte le altre ammalate l'operazione fatta coll'osservanza delle necessarie precauzioni si dà veramente a divedere come un processo non pericoloso.

Dopo ciò Braun presenta i 4 preparati.

Nel corso della discussione V. Adelmaum (di Berlino) presenta le fotografie che Palasciano (di Napoli) fece prendere nel 1874 della cicatrice peritoneale di un caso di estirpazione totale dell'utero nei varj stadj di cicatrizzazione.

Loebker (di Greiswald) non ritiene ancora provato, come vorrebbe Braun, che il cavo peritoneale non debba essere chiuso con cucitura, ed anzi crede che essa costituisca una difesa sicura contro una infezione proveniente dalla vagina, quando l' operazione sia stata fatta con tutte le cautele antisettiche.

Baum spiega, almeno così crede egli, che non in tutti i casi di apertura della cavità peritoneale, questa si debba lasciare aperta, come non la si lascia aperta nelle ovariotomie semplici. Nei casi però nei quali si trattasse dell'esportazione di tumori in parte icorosi non si potrebbe far tanto assegnamento sull'antisepsi da arrischiare di chiudere il cavo peritoneale. Sarà poi inutile chiudere il cavo peritoneale quando, dopo l' esportazione dell' utero e della volta vaginale, nella quale stanno le glandole principali, si trovi esservi tanto poco secreto nella vagina, che non si abbia a temere una icorizzazione del medesimo.

II. *Burow* (di Konisberga). « Delle operazioni per le emorroidi ». (Secondo le note del relatore).

Per il fatto che in Konisberga una grande parte del materiale clinico viene somministrato dai Russi, e specialmente dagli Ebrei ortodossi, nei quali sono molto frequenti le malattie degli intestini ed in prima categoria le emorroidi, l'Autore potè disporre di una numerosa serie d' osservazioni di tali operazioni. Negli ultimi 8 anni egli ha praticato nella sua clinica 94 operazioni per emorroidi, oltre a 20 altre eseguite nella sua pratica privata. L'Autore ed il di lui padre curavano dapprima i nodi emorroidali quasi solo con unguenti astringenti e narcotici, che venivano distesi su una candeletta di stearina ed introdotti con essa nel retto; metodo questo che solo nei casi più leggieri conduceva alla guarigione definitiva.

Le cause, per cui le emorroidi, il carcinoma e le altre degenerazioni dell'intestino succedono così di frequente negli Ebrei (fra tutti i detti operati non si trova che un sol cristiano) sono varie, quantunque una sicura spiegazione del fatto non siasi ancor trovata. L'Autore non oserebbe affermare che si debba ritenere qual momento casuale di quel fatto la vita sedentaria, perchè di 62 pazienti, di cui si notò il mestiere, solo 20 avevano un' occupazione affatto sedentaria (8 erano donne). Più sicuramente si può incolpare l'eredità, essendosi trovati fra 52 pazienti ben 32 (cioè il 61,5 per cento), i cui genitori avevano anche essi sofferto dello stesso male.

Quanto all'età, la malattia fu trovata una volta fra i 10 ed i 20 anni, 6 volte fra i 20 ed i 30, 29 volte fra i 30 ed i 40; 28 volte fra i 40 ed i 50, 26 volte fra i 50 ed i 60 e 5 volte fra i 60 ed i 70 anni.

Nei piccoli ragazzi le emorragie che si credono dipendenti de emorroidi si trovano invece sempre dovute a polipi del retto.

L'Autore operò solo colla legatura, colla cauterizzazione coll'acido nitrico fumante e col ferro candente, e cioè 17 volte colla legatura, 46 coll'acido e 31 col ferro rovente. Per ognuno di questi metodi vennero brevemente indicate le indicazioni e le precauzioni, come pure il metodo di preparare l'individuo e di curarlo in seguito; e l'Autore ricorda che egli non attacca mai i nodi emorroidarj esterni, limitandosi sempre soltanto agli interni. Contro ai forti dolori che qualche volta tengono dietro all'operazione, egli usa la morfina in injezione ipodermica che e come suppositorio alla dose di 4 centigrammi.

I risultati ottenuti furono sempre felici ad eccezione di un caso di morte per piemia dopo l'uso del ferro candente.

Avendogli domandato Chwat (di Varsavia) se avea usato la legatura semplice o la trafittura dell'emorroide, l'Autore rispose che gli aveva sempre ritenuta necessaria la trafittura dell'emmorroide e la legatura delle due parti che ne derivano, tranne in quelle emorroidi, che erano peduncolate, o che colla pinzetta a *crémaillère* davano facilmente luogo alla formazione d'un peduncolo, in quelle cioè nelle quali era poco da temersi che la legatura avesse da scivolare, ed in esse fece la legatura semplice. Chwat che, non ostante la presenza del peduncolo, ha ancora osservato lo scivolar giù del laccio, adopera sempre la trafittura.

Baum (di Danzica) ha ultimamente operato sempre col metodo di Allingham, colla spaccatura dello sfintere e la legatura senza ago; l'operazione viene con ciò ad essere molto commoda e dà buoni risultati.

V. Adelmann ritiene che la non conveniente nutrizione sia, in riguardo all'eziologia di questa malattia, di minore importanza che non gli stati patologici del cuore e dei polmoni. Baum non ha mai ravvisato una tale connessione. Alla domanda di V. Adelmann se abbia provato le injezioni d'ergotina, egli risponde negativamente.

Sinai (di Thorn) per prova che nella patogenesi delle emorroidi entra anche la vita sedentaria fa notare che i ragazzi degli Ebrei ortodossi sì in Russia come in Polonia vengono da piccini obbligati per lunghi anni allo studio del Talmud.

Burow crede che questo produca piuttosto una disposizione alle neurosi, all'onanismo e simiglianti malanni, ma abbia poca influenza per la produzione delle emorroidi.

Dopochè Burow ebbe dichiarato che egli fa semplicemente spinger fuori i nodi emorroidarii e li tien fermi con delle tenaglie. Chwat presentò un suo strumento, che ha la forma di tulipano e che è formato di tre branche, il quale viene introdotto chiuso nel retto e si ritira aperto e che tira innanzi la mucosa.

III. *Burow*. « Dell'operazione di un sarcoma retrosternale ».

Ad una donna di 54 anni venne esportato un sarcoma sferoidale, del volume di un pugno, dalla superficie anteriore del manubrio dello sterno, il quale mandava una larga diramazione alla trachea ed un' altra al

mediastino anteriore. La trachea venne scoperta completamente dalla cartilagine cricoide fino al giugulo dello sterno; e la parte retrosternale del tumore, che era solidamente attaccata al periostio e che pareva vi avesse la sua origine, venne levata con strumenti ottusi, e si dovette perciò penetrare dall'alto al basso nel mediastino per ben 4 centimetri. La cura consecutiva fu fatta all'aperto e non intravenne nessun disturbo nel corso ulteriore. Questa comunicazione fu illustrata da fotografie dell'inferma, prese prima e dopo l'operazione e dalla presentazione del tumore.

A richiesta di V. Adelmann se la punta del tumore avesse qualche relazione col timo, l'Autore risponde negativamente, non trovando ciò eruibile.

IV. *Rydygier* (di Culma) presentò una serie di preparati.

1.° Cistoma ovarico semplice; non polverizzazione; peduncolo fatto rientrare nel peritoneo; guarigione.

2.° Miofibroma con degenerazione colloide. Il tumore pesava 50 libre, partiva dal legamento laterale destro ed aderiva all'utero ed alle ovaje. Non polverizzazione, drenaggio della cavità del tumore ed al ventre; guarigione.

3.° Cistoma ovarico; non polverizzazione; guarigione.

4.° Carcinoma dell'utero operato col metodo di Freund. Morte. L'Autore propone di tralasciare la terza legatura.

V. *Beely* (di Konisberga) presentò degli apparecchi ortopedici. La maggior parte erano apparecchi di stecche e sostegni, costrutti in modo che le loro singole parti possono facilmente venir levate e di nuovo commesse, in guisa che il medico si trova nella possibilità di farsi rimettere le parti riparate ed aggiustate da qualunque abile operajo e di piegare le dette stecche, adattandole alla persona del paziente. Quanto poi alla loro forma ed al materiale da cui sono fatte nulla hanno di notevole.

I sostegni sono in parte di feltro, impregnato di una soluzione di cera lacca (Bruns), ed in parte di cuojo con sopra della colla e della tela incollata (Hessing). Vengono sempre preparati coll'ajuto di modelli, che sono costituiti da apparecchi ingessati, circolari, sottili, i quali vengono spaccati e scoperchiati prima che sieno pienamente indurriti, poi vengono ancora strettamente avvolti in una benda ingessata, la quale tiene bene uniti i pezzi dell'apparecchio e dà così al modello la voluta sodezza.

Per fare poi i sostegni di feltro si dispone esso intorno al modello e nei luoghi in cui si vuole ottenere ben duro, lo si impregna ripetutamente nella soluzione di cera lacca.

Per avere quelli di cuojo si prende del cuojo bovino e lo si inumidisce per poterlo applicare sul modello. Quando è divenuto completamente secco, esso ha acquistato una tale solidità che si può applicare alla faccia interna dell'apparecchio, della tela e della colla, senza che

esso cambii considerevolmente di forma. Infine per prevenire l'azione del sudore si dispone sulla faccia interna del cuojo una fodera sottile di feltro.

Si possono poi mettere nei detti sostegni o nelle liste di cuojo dei piccoli bottoni per allacciarli.

Stecche metalliche (di ottone, di ferro, di acciajo) di varie forme, che sono ribadite sui pezzi di sostegno, servono in parte ad aumentarne la solidità e in parte a ricevere le viti ehe uniscono le stecche longitudinali, (che tengono insieme i singoli pezzi). Dopochè sono applicati al paziente, vengono adattate alla parte anche le stecche longitudinali di acciaio non temprato; e con ciò è disposto l'apparecchio. L'Autore si servì finora di tale apparecchio per la cifosi di Pott; egli finì il suo dire col presentare una numerosa serie di tali apparecchi e una quantità di fotografie.

VI. *Ponfick* (di Braslavia). « Sulla micosi actinica degli uomini e degli animali, con presentazione di preparati ».

L'Autore trovò in un maniscalco, di 46 anni, che da tre mesi era curato nell'ospedale Ognissanti di Breslavia, per malattia distruttiva delle vertebre, nel pus di alcuni canali fistolosi che passavano attraverso alla muscolatura del dorso e di una spalla, dei piccoli e numerosi granuli, che somigliavano a quelli del licopodion sia per la loro grossezza che pel loro colore. Essi si trovavano non solo nel tenue pus che fluiva, ma si erano anche insinuati, sotto forma di isole nelle granulazioni gelatinose, che tappezzavano i condotti fistolosi stessi. Al microscopio queste forme erano precisamente come quelle che Bollinger scoperse nell'actinomicosi dei bovini. Dopo d'allora l'Autore rivolse la sua attenzione su questa malattia, e trovò come essa (che nell'Annover e nella Slesia viene chiamata *wurm*, verme, rogna) si presenta relativamente frequente nei bovini. In essi suole presentarsi in prima all'angolo della mascella, dove forma dei tumori apparentemente fluttuanti e che raggiungono fino la grossezza di un pugno. Se si incidono tali tumori, non ci si trova punto di marcia; ma invece tutta la cavità è ripiena di granulazioni gelatinose, nelle quali si trovano delle numerose isole dei detti granuli. Se invece si ulcerano spontaneamente, allora hanno l'aspetto di un sarcoma. In seguito il tumore perfora tutto l'osso e lo rigonfia in modo che pare una spina ventosa. (A questo punto l'Autore fece vedere numerosi preparati). I veterinarii ritengono che questa malattia stia in relazione colle lesioni che i bovini riportano per la ruvidità della mangiatoja. Del resto la malattia fu osservata anche nei majali, non però mai nei puri carnivori; perciò vi ha forse influenza il vitto vegetale.

Negli uomini l'Autore l'ha osservata 5 volte. Anche in essi essa cominciò, forse in connessione con una lesione esterna, il più delle volte con una infiammazione in vicinanza di un dente. Anche qui si trovarono coll'incisioni quelle granulazioni gelatinose, e quasi sempre queste erano rosse per la grande copia di sangue, e facilmente sanguinavano e con-

tenevano rinchiusi quei granuli di sopra mentovati. In seguito si formavano dei seni fistolosi, che difficilmente guarivano e andavano anzi estendendosi; ed il processo di solito serpeggiava, senza metastasi, per continuità lungo i vasi del collo. In un caso le granulazioni aveano perforato la giugulare anteriore, e nel cuore si trovò un tumore grosso come una mela, composto di zolle di tali funghi. Questa malattia può anche rodere le vertebre, e si formano allora delle erosioni superficiali, affatto caratteristiche, sul cui fondo con un solo preparato si può facilmente riconoscere la malattia. Dalle coste il processo può passare alle pleure ed ai polmoni e darvi luogo a delle fistole, ed eventualmente presentare la forma clinica della tisi: può associarvisi la degenerazione amiloide. Il decorso delle malattia, malgrado i processi operatorj, pare che sia sempre mortale; almeno di tutti gli ammalati di cui ebbe notizia Ponfick a Breslavia viveva solo una donna, alla quale era stata otto settimane prima praticata la resezione parziale della mascella inferiore. In merito alla eziologia è da ricordare che solo alcuni di tali ammalati avevano avuto a che fare con bovini; in un caso si potè direttamente riconoscere di sicuro che l'ammalato era stato in frequente contatto con una vaccina presa da tale affezione.

Riguardo ella natura dei granuli, tutti i botanici, come dimostrò Ponfick, li ritengono per funghi, ma non poterono ancora con sicurezza indicarne la specie.

I tentativi di coltivarli e di trasmetterli sono restati fino ad ora senza effetto.

Nella discussione Ponfick ricordò che Kraske e Rosenbach (V. per questo il *Centr. f. Chir.* 1880, pag. 225) pubblicarono anch'essi casi di tal genere.

Baum crede che i casi di questi due Autori non sieno identici a quelli di Ponfick. (Confrontisi su ciò anche il resoconto dell'8.° Congresso dei chirurgi, 4.ª seduta, 19 aprile 1879, pag. 111), dove Ponfick ha già per disteso comunicato l'osservazione in principio ricordata. *(Il Relj.)*

Per più d'un riguardo è importante il conoscere, rispetto all'actinomicosi, anche quanto segue:

Come dichiara il Ponfick, fu Bollinger che fece conoscere per primo tale malattia nei bovini ed il suo lavoro si trova sul *Centralblatt für Chir.* 1877 a pag. 647. Egli la ritenne causa di estese epidemie negli animali ed egli avea, senza effetto, tentato l'innesto dei granuli, che trovansi sopra descritti da Ponfick, sulla lingua di una giovenca.

Fu Harz che dichiarò che quei granuli erano dei funghi.

Uno scritto molto importante sull'argomento trovasi sull'*Arch.* di Virchow (Bd. 74, pag. 15-51) col titolo: « Nuove osservazioni di micosi negli uomini » e ne è Autore J. Israel. Eccone un breve sunto:

Una donna di 39 anni, che sia prima d'ammalare come durante la sua malattia abitava in una camera umida e tutta ammuffita, tre mesi dopo avere urtato col petto contro uno spigolo di una tavola, fu presa

nell'autunno del 1876 da dolori articolari, con accessi febbrili giornalieri e tosse intermittente (una volta con sputo sanguigno). Molto tempo dopo le si formò, prima al torace, poi ad intervalli di 8-15 giorni, in molte altre parti del corpo, una serie di ascessi, che incisi davano del pus in copia, fetidissimo, verdiccio, viscido, che era tutto seminato di granuli gialli, grossi come quelli del miglio ed anche più, i quali risultavano principalmente di fibre di micelio, inarticolate, lunghe, fine e molto pallide. Oltre a tali fibre si trovavano anche in questi conglomerati di funghi degli elementi formali più fini e somiglianti ai cocchi e un grandissimo numero di figure splendenti, d'aspetto periforme ed a clava, i quali si dimostravano essere gonidii. Questo reperto fu costante e sempre lo stesso in più che 20 ascessi successivamente aperti. L'esame del sangue riuscì negativo rispetto al trovarsi elementi di funghi. L'ammalata morì tre settimane dopo dacchè era in osservazione dell'Autore. — Alla sezione si trovarono nel lobo inferiore del polmone sinistro parecchie cavità di forma irregolare e di varia grossezza di cui una comunicava per mezzo di un condotto, coll'ascesso presentatosi per primo. Le piccole cavità erano costituite dai bronchi dilatati ed ulcerati, ed il loro contenuto era una miscela di pus e di accumuli di funghi che avevano la stessa natura di quelli osservati negli ascessi e ne erano solo un po' più grossi. Anche le pareti sì delle cavità, come dell' anzidetto condotto erano tutte impregnate da ammassi di tali funghi.

Col microscopio si vedevano alle parti inferiori del polmone sinistro oltre ad una copiosa infiltrazione cellulare nel tessuto fibroso dei mucchj di granuli simili ai cocchi che si erano infiltrati tanto nel tessuto stesso quanto nelle sue fessure e nei linfatici, fino all'ilo dei polmoni invece i vasi sanguigni andavano immuni dai gonidii e dalle fibre (micelj). Si trovarono poi delle cavità ripiene di pus e di questi granuli di funghi sì nelle aderenze che aveva il polmone destro al costato, come nella milza, nella sostanza corticale dei reni, nella mucosa tumefatta dell' intestino tenue e nel fegato che era degenerato in grasso.

L'Autore dimostra che la malattia investì primamente il polmone sinistro ed ebbe origine traumatica, e che stagnando gli umori nei bronchi, questi si esulcerarono e vi si svilupparono i funghi, che penetrati nelle vie linfatiche prima e quindi nel sangue, diedero luogo alle metastasi osservate. Che tale fosse la via percorsa lo dimostra chiaramente il reperto dei reni, dove si vedevano le colonie di granuli avere infarciti i glomeruli ed i vasi offerenti, e da questi irradiarsi, distruggendone le pareti e scomponendosi in gonidii.

In un altro caso simile l' Autore stesso potè notare che l' origine dei detti funghi si trovava nella bocca, dove vi era un dente cariato: in questo caso vi era un ascesso al collo, il cui contenuto era come quello del primo caso.

In un terzo caso nel canale della radice di un dente cariato l'Autore trovò degli elementi vegetali della stessa natura di quelli che si tro-

vavano in un esteso ascesso sottoperiosteo, posto all'orlo inferiore della mascella inferiore dello stesso ammalato. Nel pus di questo ascesso erano sospese molte vescichette, addossate le une alle altre, del diametro di 0,1-1,1 millimetro che compresse col vetrino coproggetti del microscopio scoppiavano lasciando vedere dei granuli pallidi, tenuti insieme da una sostanza unitiva.

L'Autore stesso ha poscia trovati in molti casi di ascessi provocati da denti cariati, quelli elementi di funghi che si rinvengono di solito nei denti cariati.

Per ultimo Israel ci fa conoscere che fino nel 1845 B. von Langenbeck avea osservato un caso di carie vertebrale con ascessi, nei quali si trovavano dei funghi della stessa natura di quelli trovati nei casi sopraindicati.

Anche Perroncito si è occupato di questo argomento nello scritto « Sull'actinomyces bovis ed il sarcoma dei bovini » (*Deutsche. Zeitschr. f. Thiermedic. u. vergl. Pathol.* Bd. V. Hft 1 e 2, pag. 33-40 con una tavola), ed in esso egli conferma la presenza frequente dell'*actynomices bovis* nell'osteo-sarcoma esulcerato della mascella ed anche nelle altre forme di sarcoma dei bovini. Egli però lo ha trovato spesso mancante specialmente nei sarcomi primarii degli organi interni, ed anche in un caso di osteo sarcoma del mascellare inferiore.

L'Autore ha fatto degli innesti di pezzi di sarcoma, contenenti questo fungo nel tessuto sottocutaneo della mascella inferiore e dell'orecchio di varii vitelli, e non ne ebbe che degli ascessi benigni, che tosto guarivano, e non ne ottenne mai niente di sarcomatoso, nè tampoco la proliferazione del fungo. Egli conclude col ritenere che la presenza dell'*actinomyces bovis* sia col sarcoma in un rapporto puramente accidentale e non punto in relazione causale.

Anche Rosenbach professore a Gottinga, si intrattenne su questa malattia, e pubblicò del N. 15 del *Centr. f. Chir.* 1880 uno scritto: « Sulle malattie degli uomini cagionati dai funghi raggiati » che qui si dà tradotto quasi per intero.

Nell'8.° Congresso dei chirurgi tedeschi Ponfick dimostrò un caso di tale malattia, e fece avvertiti sulla grande somiglianza del fungo della micosi con quello di Bollinger, e lo chiamò *actinomyces*-fungo raggiato, secondo la proposta del botanico Harz. Anch'egli, l'Autore, ammette tale somiglianza.

Tale fungo venne trovato finora, oltrechè dagli Autori in addietro citati, anche da Esmarch; ed i casi finora pubblicati sono 2 di flemmone prevertebrale con malattia delle vertebre, 2 di malattia polmonare (ed uno di questi morì colla forma di piemia spontanea — quello di Israel) 4 di ascessi alla mascella ed 1 di ulcera sotto alla lingua. Egli pure ritiene che tali casi non debbano essere rari, specialmente quelli di forma leggiera, e si ricorda che già molto tempo fa il consigliere medico superiore Baum avea richiamato l'attenzione su degli elementi speciali

simili a cristalli, che si trovavano in certi ascessi del collo. Anche il prof. König comunicò all'Autore che egli da molto tempo avea osservato questi elementi formali in un ascesso prevertebrale delle vertebre; ma avendolo assicurato un chimico che erano cristalli, era stato sviato dalla giusta strada.

L'Autore dal settembre 1879 ne ha osservati 4 casi nella policlinica e li comunica ora per suggerimento del prof. König. Eccoli:

1.° Un operaio di 53 anni, da alcuni mesi aveva una tumefazione infiammatoria all'angolo sinistro della mandibola, che in parte era anche suppurata senza che per questo scemasse di volume. Spesso era colto anche da trisma spurio.

Quando esso si presentò all'Autore, questi lo trovò molto deperito, e con una tumefazione dura, infiammatoria, che circondava l'angolo sinistro e la branca ascendente della mandibola, ed in basso si estendeva per due dita sotto alla mandibola stessa; e questo ultimo tratto tale tumefazione presentava varie aperture fistolose. Il gonfiore era molto circoscritto senza edema essenziale infiammatorio ai suoi contorni; e la pelle era solo arrossata, infiltrata, dura ed infiammata al disopra delle parti gonfie. L'ammalato non aveve mai avuto dolore di denti, quantunque avesse parecchi denti cariati, nè si poteva riconoscere che il punto di suppurazione fosse nessun dente. Il paziente poteva aprire ben poco la bocca. L'Autore spaccò il tumore del collo, e da qui potè col catetere penetrare in un ascesso posto al davanti dell'angolo della mandibola ed in un'altra cavità posta sotto a questa; non potè però trovare dei pezzi ossei. L'incisione dell'ascesso diede poco pus, e con questo erano commisti numerosi ammassi gialli, del volume di un granello di sabbia, che col microscopio si riconobbero per zolle di funghi, circondate dapertutto a modo di raggi con elementi elevati.

Il paziente si ripresentò all'Autore 5 giorni dopo, e questi potè vedere che mentre la malattia al collo si incamminava a guarigione, si formava nella guancia sotto lo zigoma una nuova tumefazione. Dalla località prima incisa si penetrava in un ascesso molto profondo, che costituiva tale tumefazione. L'Autore aperse anche questa, la lavò con acqua fenicata, e ci applicò un tubo fognatore. Anche da essa uscì poco pus con dei granuli gialli. La guarigione del paziente fu pronta e continuata.

2.° Un garzone mugnaio, di 58 anni, aveva da 3 mesi una tumefazione piccola, poco dolente, sotto al mento, un po' indietro della spina mentoniera posteriore, che si andava lentamente ingrossando. Esaminata, si trovò essa composta di due nodi grossi come una noce, addossati l'uno all'altro, tenuti insieme da un'infiltrazione dura, circoscritta, infiammatoria. Dietro agli stessi vi era un ascesso un po' più grosso, dal quale coll'incisione venne fuori poco pus con granellini gialli, i quali col microscopio si riconobbero per globi di funghi raggiati.

3.° Un operaio di 39 anni avea da 2-3 settimane dei dolori al collo a sinistra, dove si trovava un tumore infiammatorio, duro, che si esten-

deva fino all'angolo della mascella. Esso non avea mai avuto dolor di denti, e non avea neanche nessun dente cariato a sinistra. Solo l'ultimo molare era di color scuro e malfermo, ma non doleva. Sei settimane dopo il principio del male venne evacuato un poco di pus da quel tumore, e vi si trovarono i granuli gialli caratteristici. Per un malinteso non si potè istituire l'esame microscopico di questi granuli.

4.° Una donna di 62 anni era stata colta due mesi prima da tumefazione inflammatoria con febbre, alla guancia sinistra, che poi dava luogo ad una tumefazione all'angolo della mandibola, con trisma sparito. Tale tumefazione crebbe, ed in capo a due settimane ne sortì la bocca alquanto pus. Quando la paziente si presentò all'Autore, avea l'angolo della mandibola sinistra circondato da una tumefazione dura che si ritenne sottoperiostea. La paziente aveva prduto da molto tempo tutti i denti inferiori della metà sinistra fino al dente canino. La mascella era ricoperta dalla mucosa liscia, nella quale vi era una sola apertura fistolosa nella località propria del dente della sapienza, nella quale penetrava la sonda per circa 1 centimetro e mezzo senza toccare però porzione d'osso scoperto. La diagnosi era dubbia fra il carcinoma ed un'affezione inflammatoria; tuttavia, quantunque un pezzo di tessuto estratto dalla fistola non avesse la struttura da carcinoma, dopochè si ebbe parecchie altre volte visitato la paziente, si propendeva per la diagnosi di carcinoma. Vi venne fatta un' incisione a titolo di prova e ne uscì un po' di pus, a cui erano commisti numerosi granelli gialli, speciali, che al microscopio si riconobbero per piccoli esemplari di zolle di funghi radiati, con elementi raggiati claviformi. Il catetere penetrò nell'osso, il quale si dava a vedere come cariato. Colla lavatura e colla fognatura l'affezione guarì prontamente senza dar luogo a necrosi.

I granuli osservati in questi casi erano più piccoli di quelli osservati da Israel: nell'interno dei medesimi mancava un micelio perfetto. Una volta sola l'Autore trattandoli colla potassa e schiacciandoli cautamente potè riconoscere fra di loro l'esistenza di fibre più lunghe di micelii.

La diagnosi clinica di flemmone dipendente da tale fungo ha un buon appoggio nella infiltrazione dura, circoscritta, solo tardivamente tendente alla formazione di pus, poco dolente anche prima dell'apertura.

La prognosi, pare sia, secondo questi pochi casi dell'Autore, assolutamente favorevole, quando la parte ammalata sia accessibile al trattamento.

L'Autore crede anche che sieno rari i casi, in cui il fungo riesce così pernicioso come nei casi di Ponfick e di J. Israel.

Nei casi summentovati bastarono per la cura, l'apertura, la lavatura fenica ed il libero sgorgo.

Erenaus (di Berlino) raccomanda in nome di Wölff (di Berlino) gli apparecchi di quest'Autore.

VII. *Baum* (di Danzica) presenta due casi guariti di lesione del cra-

nio. Il primo venne distesamente pubblicato a pag. 841 del *Centr. f. Chir.* 1877.

In quell'ammalato all' 11° giorno dopo ricevuta la lesione era scolato del liquido cerebrospinale da un ventricolo laterale stato aperto. Alcuni anni dopo quel ragazzo fu colto da accessi epilettiformi ripetuti, di cui uno si presentò nella scorsa estate. Poco tempo dopo quest'ultimo accesso la cicatrice apparve come distesa da un liquido e resa convessa. Somministrato il bromuro di potassio questo fatto scomparve; l' intelligenza del ragazzo è ora integra e solamente si stanca facilmente. In questo come pure negli altri casi somiglianti sotto alla larga cicatrice si riconosceva distintamente la pulsazione del cervello. Nel secondo caso si trattava di un ragazzo, a cui cadde sul capo un pesante martello. La ferita si trovava al lato sinistro della sutura sagittale e sul suo fondo vi si vedeva della sostanza cerebrale sfracellata. Vi era completa paralisi del lato destro del corpo; 2 grossi frammenti ossei erano penetrati nel cervello, e si riuscì ad estrarneli dopo avere largamente asportato gli orli dell' osso. Appena ciò fatto la paralisi dell' arto inferiore cessò del tutto, persistendo invece quella del superiore. In seguito comparvero contrazioni cloniche forti e fieri dolori nell' arto paralizzato, che talora si diffondevano anche all' arto inferiore di quello stesso lato. Il sensorio si conservò sempre libero. Anche in questo caso coll'uso del bromuro potassico scomparvero questi sintomi ed anche la mobilità dell'arto si ripristinò completamente. La cicatrice corrispondeva precisamente alla regione che Hitzig indica come il centro di mottilità dell'arto superiore.

VIII. *Hoeftmann* (di Konisberga). « Sull'impiego della fasciatura ingessata nella spondilite cervicale e nel *caput obstipum* (1) ».

Fino dal 1875 tale fasciatura viene con grande vantaggio impiegata nelle nominate malattie nella clinica chirurgica di Konisberga, dove venne introdotta dal prof. Schoenborn. A tal uopo si comincia ad avvolgere intorno al capo, come per fare la fasciatura del *capistrum duplex* (2), la fascia gessata, colla quale si deve comprendere anche la parte superiore del torace fino alle mammelle. Il peso della testa viene con ciò levato via dalle vertebre ammalate, e resta trasportato sulle spalle. In sulle prime tale apparecchio fu applicato solo estendendo il più che si poteva colle mani la testa; ma dopochè si ebbe cognizione dell' apparecchio di Sayre, tale estensione si ottenne con due fasce di flanella, di cui una si avvolgeva intorno al mento e l' altra intorno all'occipite e che si incrociavano sugli orecchi e si assicuravano all'ordina-

(1) Torcicollo.

(2) Doppio capestro, fasciatura che si impiega di solito per le fratture del collo del condilo dell' osso mascellare inferiore. V. fra gli altri a pag. 301 e 302 del tomo V del « Dizionario classico di medicina » ecc., trad. da Levi.

CAVAGNIS.

rio meccanismo di sospensione di Sayre. Queste fascie formano perciò parte dell'apparecchio e servono a sospendere il paziente. L'apparecchio stesso, prima di venire applicato, si può imbottire: ma ciò non diviene più necessario dopo che il chirurgo ha preso qualche pratica in tale applicazione. I risultati ottenuti furono molto favorevoli: l'apparecchio restò in posto, senza nessun incommodo e senza nessun inconveniente fin tre mesi.

IX. *Grünfeldt* (di Vienna) discorse « sull'esame endoscopico della parte prostatica dell'uretra e specialmente del colliculus seminalis ».

Dopo avere data la descrizione dello stato normale di queste parti, l'Autore passò a descrivere alcuni stati patologici delle medesime come l'iperemia, la tumefazione catarrale e l'ipertrofia del verumontanum confrontandone il reperto endoscopico coi sintomi e conchiuse col dire della cura locale di queste affezioni, specialmente della scarificazione, cauterizzazione, ecc. (Vedasi su questo *Wien. med. Blätt.* 1880 N. 10-13. J. Grünfeld « Ulteriori contributi all'esame endoscopica del verumontanum ». (*Il Rel.*)

X. Il farmacista *Paulke* (di Lipsia) dimostrò un apparecchio completo di medicatura alla Lister, ideato da Baeschlin, adattato specialmente per i medici di campagna, consistente in una scatola comodamente portatile a mano contenente irrigatore, polverizzatore, catino, materiale d medicatura, ecc., tutto insomma. Costa 48 marchi (lire ital. 60).

XI. *Nitsche* (di Zeltwes). « Sulla cura delle scottature. »

L'Autore che ebbe occasione di curare un grande numero di scottature, delle quali una buona parte era veramente grave, ha trovato che il metodo migliore di cura delle medesime è il seguente: dopo avere con grande diligenza disinfettato (con una soluzione al due per cento d'acido fenico) le superficie bruciate, avendo cura in ciò fare di risparmiare il più che è possibile le vesciche formatesi, si copre la ferita con un grosso strato di vernice da falegname, fatto di olio di lino e di litargirio, alla quale si aggiunge prima dell'acido salicilico nella proporzione del 5 per cento. (Prima di aggiungere l'acido salicilico alla vernice, questa si deve scaldare. Tale miscela si conserva a lungo, e prima di usarla, si deve ogni volta riscaldare). — Dopochè tale vernice si è asciugata, il che succede in breve, ve se ne distende sopra un secondo strato eguale e sopra questo si applicano 2-3 grossi strati dell'ovatta da medicatura di Bruns, che vi si tiene ben compressa sopra con una fascia elastica. Nel più dei casi la guarigione ha luogo senza cambiamento della medicatura, e la vernice viene levata via come se fosse una pelle secca. Se invece in qualche luogo avviene la suppurazione, il chirurgo ne viene avvertito per la febbre che presenta il paziente e per il dolore che risente alla parte, e allora egli leva via l'ovatta, e se si tratta di una superficie suppurante piccola (non più grande di 5 centimetri quadrati), la spolvera con dell'acido salicilico asciutto, dopo avere tolto via anche gli strati superficiali di vernice e rimette di nuovo l'appa-

necchio. Se tale superficie è più estesa, allora egli toglie via anche tutta la vernice che la ricopre e vi sparge sopra dell'acido salicilico in copia e vi applica poi di nuovo l'ovatta. Gli ammalati trattati con questo mezzo soffrono pochissimo, e le cicatrici che si formano sono piane e liscie.

Alla domanda di V. Adelmann se l'Autore abbia mai provato i bagni d'olio, risponde di no.

XII. *Chawt* (di Varsavia). « Dimostrazione di un bistorì per la tracheotomia. »

È toccato all'Autore di vedere, dopo aperta la trachea, morire il paziente per soffocazione, prima che egli avesse tempo di introdurvi un dilatatore. Egli perciò usa ora un bistorì coperto, la cui punta, dopo avere inciso la trachea, viene ricoperta da una doccia allogatavi e viene tosto disposta trasversalmente, in modo che l'apertura tracheale non può più combaciare nè chiudersi, e si può perciò con tutta tranquillità introdurre il dilatatore e la cannula.

Hartog (di Memel) ritiene superfluo tale istromento, come in generale tutti i dilatatori, potendosi provvedere alla bisogna con un pajo di uncini.

Stark (di Danzica) fissa, prima dell'apertura della trachea, la laringe, rispettivamente la porzione superiore della trachea, con una pinzetta.

Baum (di Danzica) fa l'operazione tenendo sempre penzoloni il capo del paziente. Egli prima dell'incisione fa tener fissa la cartilaggine cricoidea.

Nitsche (di Zeltweg) dichiara di avere veduto in un caso di tracheotomia per struma avvenire la morte del paziente per l'entrata dell'aria in una grossa vena.

XIII. *Baum* vide in un caso di cifosi ad angolo acuto per malattia delle ultime vertebre dorsali e delle prime lombari presentarsi poliuria e glicosuria. Egli aveva a quest'ammalato, che era un ragazzo, aperto quattro anni prima un ascesso per congestione, e dopo d'allora quel ragazzo, che era stato tenuto in posizione orizzontale e con dieta tonica, era sempre stato sano, e non avea di male altro che la deformità restatagli. Improvvisamente egli fu colto da collasso, pallore mortale, polso frequentissimo, da poliuria e da grande glicocuria; il ragazzo venne col metodo di Maas disposto su una carrucola, la quale comprimeva il luogo cifotico ed operava la distensione della colonna vertebrale. Dopo pochi giorni erano cessati tutti i fenomeni mentovati, e il ragazzo stava bene come prima. L'Autore ritiene che per improvviso aumento della inclinazione delle vertebre sia avvenuta una compressione del simpatico, rispettivamente del ganglio celiaco, la quale provocò perciò i detti fenomeni. Egli trovò nella letteratura sei casi (V. i lavori di Duncan, Terry, Ebstein, Cantoni, Lubimoff ed uno di Munk comunicato alla Riunione dei naturalisti nel 1879), che pajono appoggiare questa sua veduta, perchè negli stessi fu osservato il diabete per malattia del ganglio celiaco. Anche esperimenti su cadaveri eseguiti facendo la resezione di un cuneo

delle vertebre relative, dimostrarono che col forte incurvamento della colonna vertebrale, si potevano comprimere il tripode di Haller e il ganglio celiaco.

L'Autore domanda se alcun altro dei presenti avesse osservato caso simile: ma tutti rispondono negativamente.

CAVAGNIS.

VARIETÀ

Commissione per i reati di venefizio. — Il Ministro di Grazia e Giustizia nominava una Commissione perchè studiasse i modi di risolvere le molte e gravi quistioni che sorgono davanti ai tribunali intorno ai reati di venefizio, per ciò che spetta alla chimica, alla fisiologia e alla tossicologia, alla medicina legale insomma. La Commissione adunavasi in Roma, e nominato Presidente il prof. Selmi, Segretario il prof. Mosso, proponeva a sè stessa i seguenti quesiti:

1.° Cercare in quali condizioni del cadavere si formano sostanze venefiche; determinare la natura e stabilire i caratteri chimici e fisiologici per distinguerle dagli alcaloidi vegetali e da altre sostanze velenose di natura organica.

2.° Cercare se e come si svolgono prodotti venefici nelle parti di cadaveri conservati nell'alcool a norma di quanto si usa per le perizie e controperizie.

3.° Quale sia la dose minima di veleno capace di uccidere un animale, e se questa dose sia reperibile nell'animale stesso mercè l'analisi chimica.

4.° Modificazioni degli effetti fisiologici prodotti dalle sostanze venefiche in riguardo alla loro dose, al modo di amministrazione e alla specie degli animali.

5.° Cercare quale è la quantità di una data sostanza venefica che si può estrarre da un animale in rapporto a quella che gli fu somministrata per produrne la morte.

6.° Determinare la resistenza e le modificazioni che possono subire i veleni durante il processo putrefattivo.

7.° Se la costituzione chimica delle sostanze venefiche può essere alterata dalle operazioni occorrenti per estrarle dai cadaveri e purificarle.

8.° In qual modo e fino a qual punto negli estratti cadaverici le materie eterogenee che rimangono unite alle sostanze velenose propinate influiscano per modificarne le relazioni chimiche e le proprietà fisiologiche.

9.° Quali modificazioni negli effetti fisiologici e nelle relazioni chimiche siano prodotte della mescolanza di due o più veleni.

La Commissione avvertendo che la parte più estesa e laboriosa delle indagini spetta particolarmente ai chimici, manifestò unanime il desiderio che venissero aggiunti due nuovi membri, il dott. Icilio Guareschi e il dott. Pietro Spica, professori di chimica fermaceutica e tossicologia nelle Università di Torino e di Padova.

Non essendo possibile compiere questo vasto e multiforme lavoro nella stessa città e nel medesimo laboratorio, e d'altronde essendo utile che certe indagini si facciano in condizioni varie di clima e di terreno, necessariamente una parte delle ricerche occorrenti verrà eseguita nelle varie regioni ove risiedono i Commissari.

E però gli anzidetti quesiti verranno studiati a Torino dai professori Mosso e Guareschi, a Padova dai professori Spica e Lazzeretti, a Bologna dal prof. Selmi, a Roma dai professori Moriggia e Toscani, a Palermo dal prof. Paternò.

« La soluzione dei quesiti sopra esposti (annota lo *Sperimentale*) include senza dubbio delle gravissime difficoltà e sarà lavoro lungo e dispendioso. A vero dire però, e difficoltà e lunghezza di tempo necessario e dispendio non piccolo sono evidentemente accresciute in questa faccenda dall'aver esteso lo scopo primamente determinato a verificare se per la putrefazione d'un cadavere umano si producano sostanze che allo esperimento fisiologico negli animali inferiori potessero mostrare fenomeni tossici, e dimostrata la esistenza di questi estratti, conoscerne con esattezza la composizione e le proprietà organiche chimiche per poter dire se quello alcaloide fosse un alcaloide cadaverico, prodotto dalla putrefazione, e un alcaloide propinato in tempo di vita. Talchè tutto era, e non poteva essere a meno per ora, circoscritto ad appurare il criterio esperimentale fisico tossicologico nelle questioni di veneficio quando morendo un individuo con fenomeni morbosi non ben determinati o sospetti, si fosse trovato per avventura un alcaloide prodotto dalla putrefazione, che avesse potuto somigliare un alcaloide già conosciuto. Questo differenziale chimico legale si voleva e non altro, ed è evidente che se la ptomaina venefica è prodotto della putrefazione, questa ptomaina non può colla sua azione imbrogliare per sè stessa il criterio fenomenologico o clinico nella tesi del veneficio medico legale menochè si ammetta che anco durante la vita per un processo di scomposizioni chimico-organiche si generi la ptomaina. Ma allora sarebbe mal a dirsi una ptomaina anco quest' ultimo prodotto? —

« Ma evidentemente dallo stretto e non già per sè facile campo dello studio di *alcuni alcaloidi accidentalmente prodotti dalla putrefazione*, si è voluto rivagliare tutta la dottrina del veneficio e senza dubbio il lavoro si è triplicato, quadruplicato, complicato moltissimo e forse non con troppa stringentissima necessità per le reali emergenze medico-le-

gali nelle quali a ben altre e molte altre basi deve e può appoggiarsi un criterio peritico medico-legale.

« Certo non è con dispiacere che vediamo così rimanipolato tutto il campo della tossicologia medico legale, anzi è con gioja lo sperare vengano schiariti dubbj di chimica legale e di fisio patologia animale, ma non possiamo negare che ora urgeva davvero far ciò che proprio è stretta necessità pe' casi dubbj fra malattia naturale o sospetto di crimine p. 327). »

Nutricina (Nuova sostanza alimentaria). — È carne fresca, ridotta mediante macchine a latte in polvere, senza essere punto cotta, levatene le ossa e le parti tendinee: le si uniscono altre sostanze azotate alimentarie, capaci d'assorbire l'acqua della carne stessa e forse di formare con essa combinazioni organiche non ancora determinate. La miscela è prosciugata all'aria o in una stufa appena appena scaldata: la polvere che se n'ottiene, stacciata che sia, è di color bigio o giallognolo e di sapore piacevole. Impastandola con acqua gommata, albumina o con grassi, se ne possono fare tavolette, cilindri, cubi di diversa misura, che poi, secondo occorre, andranno tagliati.

L'inventore di questa preparazione, Ed. Moride, ne presentava varj campioni all'Accademia delle Scienze di Parigi nell'adunanza del novembre scorso, e faceva notare:

1.° Che la *nutricina* contiene tutti gli elementi della carne cruda e nello stato loro naturale; talmente che il sangue trasformato in *nutricina* conserva tutte le qualità], — 2.° La carne della *nutricina* non essendo cotta, meglio si assimila dell'altra cotta. — 3.° A peso eguale la *nutricina* è più azotata e più nutritiva della stessa carne, poichè non contiene nè eccesso di grasso, nè tendini, nè rimasugli d'ossa, anche perchè si sostituiscono i 750 grammi d'acqua tolti ad 1 chilog. di carne con 750 grammi di pane o di sostanze farinacee, essiccate un tantino, le quali contengono oltre gl'idrati di carbonio, fino a 2 per cento d'azoto. L'azoto pertanto della *nutricina* ascende a più di 5 per cento, quando l'azoto nella carne fresca non giunge tutt'al più che a 4 per cento.

La *nutricina* si conserva benissimo, solo che s'abbia riguardo a tenerla in luogo asciutto e non troppo caldo.

La proposta del signor Moride s'avvicina a quella del pane impastato col sangue delle bestie da macello fatta testè dal dott. Bazzoni alla Società Italiana d'Igiene.

La Libreria italiana all'Esposizione del 1881. — L'Associazione Tipografico-Libraria Italiana, che ha la sua sede in Milano, via San Giovanni alla Conca, n. 7, attende alla compilazione del *Catalogo Collettivo della Libreria Italiana*, che si pubblicherà con gli Indici relativi, Alfabetico e Sistematico, per la prossima Esposizione Nazionale. — Questo Catalogo ha una importanza grandissima e speciale per

il Commercio librario, è gioverà inoltre non poco a far conoscere, quantunque, sommariamente, il movimento intellettuale del paese, poichè già più di 160 fra Tipografi e Librai-editori ed Autori-Editori, hanno dichiarato di inscrirvi l'Elenco delle loro pubblicazioni. Coloro che non vi avessero ancora fatto adesione, vorranno, non dubitiamo, farlo al più presto, considerando il vantaggio generale ed individuale che potrà loro derivarne commercialmente, oltre all'onore della Libreria e della coltura nazionale. Per i particolari rivolgersi al *Comitato Direttivo* dell'Associazione suddetta.

L'Igiene nell'Esposizione Nazionale del 1881. — La *Società Italiana d'igiene* fa noto che, per gentile e provvida deliberazione della Comissione deputata a sovrintendere alla Mostra nazionale, che si terrà in Milano nel prossimo anno, ha ottenuto sia aggiunta alla Classe 53.ª speciale Sezione, la quale comprenda oggetti attinenti all'Igiene e prodotti industriali ad essa relativi.

Pertanto chi non avesse ancora fatto domanda alla predetta onorevole Comissione di prender parte all'Esposizione, potrà provvedere a ciò, inviando alla stessa Società Italiana d'Igiene (Milano, via Sant'Andrea N. 18) la nota esatta degli oggetti che reputerà opportuno di esporre, indicando lo spazio che i medesimi potrebbero occupare tanto sul suolo, quanto sulle pareti.

La Società s'incarica di adempiere a tutte le altre pratiche, affinchè le domande possano essere accolte dalla Commissione; e però essa confida che sollecitamente si vorrà rispondere alle sue premure coll'inviare alla Mostra nazionale oggetti atti a dimostrare come anche fra noi siano coltivate le igieniche discipline, ed abbiano fatto progressi gli studj che mirano a conservare la salute, ed a giovare alla prosperità fisica delle popolazioni.

R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere. — I. *Premj conferiti:*

1.° *Concorso della fondazione Brambilla.* — Per un premio a chi avrà inventato o introdotto in Lombardia qualche nuova macchina o processo industriale vantaggioso, ecc.

Tre concorrenti. Venne assegnata, a titolo d'incoraggiamento, una parte del premio, cioè lire 1500 a ciascuno dei due concorrenti: *Comitato Milanese di vaccinazioce animale* per l'impianto di uno Stabilimento vaccinogeno, e *Bassolini Vincenzo* per fabbricazione in Milano di biacca, colori e vernici.

2.° *Concorso della fondazione Fossati.* — Tema: « Illustrare qualche fatto di anatomia macro o microscopica dell'encefalo umano. »

Quattro concorrenti. Premio di L. 2000 al dott. Camillo Golgi Professore di istologia nella R. Università di Pavia, Socio corrispondente di questo Istituto. Assegno straordinario di L. 1000 al dottor Lorenzo Tenchini di Pavia, e Cesare Staurenghi studente.

II. *Premj da conferire ne' seguenti concorsi:*

I. PREMJ DELL'ISTITUTO.

Classe di scienze matematiche e naturali.

Tema per l'anno 1881: — Appoggiandosi alla grande quantità d'osservazioni e di pubblicazioni metereologiche fatte in Italia, specialmente negli ultimi anni, riassumere, in un volume di non grande mole e di facile lettura, i fatti i più certi e i più importanti che riguardano la climatologia del nostro paese. Sebbene non si abbia riguardo che alla parte fisica dell'argomento, sarà libero ai concorrenti di accrescere il pregio delle opere loro col comprendere nella trattazione anche le applicazioni all'agricoltura e alla salute pubblica. — *Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pom. del 31 maggio 1881.* — Premio, L. 1200.

II. PREMJ DI FONDAZIONI SPECIALI.

Classe di scienze matematiche e naturali.

I. — FONDAZIONE CAGNOLA.

Tema per l'anno 1881. — (Straordinario). — Sulla natura dei miasmi e contagi. — *Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pom. del 31 maggio 1881.* — Premio lire 1,500 e una medaglia d'oro del valore di L. 500.

Tema per l'anno 1882. — (Straordinario). — Dimostrare con esperienze se la materia generatrice dell'idrofobia sia un *principio virulento* (velenoso), o un *germe organizzato* (lissico). — *Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pom. del 28 febbrajo 1882.* — Premio L. 6,000.

II. — FONDAZIONE BRAMBILLA.

Concorso per l'anno 1881: — Può aspirare a questo premio chi abbia inventato o introdotto in Lombardia qualche nuova macchina o qualsiasi processo industriale o altro miglioramento da cui la popolazione ottenga un vantaggio reale e provato. — *Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pom. del 30 aprile 1881.* — Il premio sarà proporzionato all'importanza dei titoli che si presenteranno al concorso, e potrà raggiungere, in caso di merito eccezionale, la somma di L. 4,000.

III. — FONDAZIONE FOSSATI.

Tema per l'anno 1881: — Dei centri motori della corteccia cerebrale. — *Tempo utile per il concorso, fino alle 4 pom del 1 aprile 1881.* — Premio L. 2000.

Tema per l'anno 1882: — Rischiarare con nuove indagini l'eziologia del cretinismo e della idiozia. — *Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pom. del 31 maggio 1882.* — Premio L. 2000.

Tema per l'anno 1883: — Illustrare qualche fatto di anatomia macro o microscopica dell'encefalo umano. — *Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pom. del 31 maggio 1883.* — Premio L. 2000.

IV. — FONDAZIONE SECCO COMNENO.

Tema per l'anno 1882. — Considerazioni e proposte circa i soccorsi che gli Istituti di pubblica beneficenza sogliono prestare a domicilio. — *Tempo utile per concorrere, fino alle 4 pom. del 28 febbrajo 1882.* — Premio L. 861. (1).

Premio Galligo. — Lo vinsero i dott. Celso Pellizzari e Alessandro Tafani scrivendo la memoria col titolo *Malattie delle ossa per sifilide ereditaria.* « (Lo Sperimentale, fasc. di Nov. 1880, p. 554). »

Premio della Società di Medicina e Chirurgia di Bordeaux per l'anno 1882. — *Dell'influence exercée par l'adoption de la méthode antiseptique de Lister sur le thérapeutique des maladies articulaires.* — Il premio è di 1000 lire. — Le memorie scritte in francese o in latino dovranno essere presentate con le consuete forme non più tardi del 31 dicembre 1881 al Segretario della Società.

Recenti pubblicazioni mediche.

Albert E. « Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. 2. umgearb. u. verm. Aufl. 1. Heft. » Wien, in 8°.

Arloing S. « Poils et ongles; leurs organes producteurs. » Paris, in 8° avec fig.

Armieux. « Études médicales sur Barèges, 2.ª éd. » Paris, in-8°.

Arnaud J. F. « Contribution à l'étude de la ligature dans le traitement des anévrysmes. » Paris, in-8.°

Atkinson W. B. « The therapeutics of gynecology. Illustrated. London, in-8.°

Auspitz H. « System der Hautkrankheiten. » Wien, in-8.° pag. v-254.

Auspitz. « I bubboni dell'inguine e loro cura. » Napoli, in-8° grande, pag. 32.

Baginsky A. « Practische Beiträge zur Kinderheilkunde. I. Heft. Pneumonie u. Pleuritis. Tübingen, in-8.° pag. v-156.

Barthélemy A. J. C. « Instruction raisonnée pour l'examen de la vision devant les conseils de révision et de réforme dans la marine et dans l'armée. » Paris, in-8.°

---

(1) Il programma integrale dei concorsi qui sopra accennati, sarà rilasciato e spedito gratuitamente a chi ne faccia domanda alla Segreteria del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, nel Palazzo di Brera, in Milano.

Biedert P. « Die Kinderernährung im Säuglingsalter. Stuttgart, in-8.° pag. xii-392.

Bojanus C. « Die homöopathische Therapeutik in ihrer Anwendung auf die operative Chirurgie. » Stuttgart, in-8.°, pag. 432.

— dasselbe. « Atlas, 34 patholog. Original-Photographien auf 17 Taf. » Stuttgart, in-4.°, cart.

Bouilly G. « Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale (cavité de Retzius). » Paris, in-8.°, pag. 182.

Bourgoin A. « E. Traité de pharmacie galénique. » Paris, in-8.°, con 89 fig.

Boursier A. « De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde. » Paris, in 8.°

Bloch. A. « L'eau froide: ses propriétés et son emploi, principalement dans l'état nerveux. » Paris, in-12.°

Braun v. *Fernwald C.* « Lehrbuch der gessammten Gynäkologie. 2. gänzlich umgearb. Aufl. » Wien, in-8.°, pag. viii-1024.

Brücke E. « Vorlesungen üb. Physiologie. 1. Bd. Physiologie des Kreislaufs, der Ernährung, der Absonderung, dor Respiration, u. der Bewegungserscheinungen. 3. Aufl. » Wien, in-8.°, pag. vi-546.

Burdett H. C. « Cottage hospitals: general, fever, and convalescent; their management and work. 2. ed. London, in-8.° pag. 570.

Cohnheim I. « Vorlesungen über allgemeine Pathologie. 2. Bd. » Berlin, in-8.° pag. xii-582.

Coomens M. F. « Nasal catarrh. » Louisville, in 8.°, pag. 170.

Cruveilhier C. « Elementi d'igiene generale, trad. da G. D'Elia. » Napoli, in 12.° pag. 191.

Czuberka K. « Chirurgisch-medicinisches Vade-mecum. Beschreibung der Technik aller ohne Assistenten ausführbaren Untersuchungs-Methoden u. Operationen. 2. verm. Aufl. » Wien, in-8.° pag. v-592.

Dalby W. B. « Lectures on diseases and injuries of the ear. 2. ed. » London, in-8.°, pag. 236.

Dowse T. S. « On brain and nerve exhaustion: neurosthenia, its nature and curative treatment. » London, in-8.°

Duval J. « Traité des hermaphrodits, parties génitales, accouchements des fammes, etc., où sont expliquez la figure des laboureur et verger du genre humain, signes de pucelage, défloration, conception, etc. Réimprimé sur l'édition unique. (Rouen, 1612). » Paris, in-8.°

Encyclopädie « des Impfens u. seiner Folgen, sowie einer Untersuchung des vorgeschlagenen Impfens mit Kalbs-Lymphe. Aus dem Engl. » Hannover, in-8.°, pag. ix-318.

Falck F. A. « Lehrbuch dor praktischen Toxikologie, mit Berücksicht. der gerichtsärztl. Seite des Faches bearb. « Stuttgart, in-8.° pagine vii-340.

Fenwick S. « On atrophy of te stomach, and on the nervous affections of the digestive organs. » London, in-8.°, pag. 200.

Follin E. et *Duplay S.* « Traité élémentaire de pathologie externe. Tome VI, fasc. II: Maladies de l'abdomen, du bassin, de l'anus et du rectum. » Paris, in-8.°, con 36 fig.

Flügge C. « Lehrbuch der hygienischen Untersuchungsmethoden. » Leipzig, in-8.° pag. XVIII-602, con 88 figure, 4 tav. e 17 quadri. —

Galvagni E. « Sopra un caso singolarissimo di spatite interstiziale flaccida. » Bologna, in 8.°, pag. 15.

— « Sugli spasmi ritmici localizzati. » Bologna, in-8.°, pag. 120.

— « Sopra un caso di emichorea postemiplegica da rammollimento del talamo ottico. » Bologna, in-8.°, pag. 23.

Garnier P. « La génération universelle. Lois, secrets et mystères chez l'homme et chez la femme. » Poris, in-12.°

Godlee R. J. « Atlas of human anatomy. Parts. I to 12 complete in 1 vol. With explanatory text separate. » London, in 4.°

Guernsey N. « Traité d'obstétrique et des maladies spéciales aux femmes et aux enfants, basé sur fe principes et la pratique de l'homœopathie. Traduit par F. Chauvet. » Paris, in-8.°

Guibout E. « Les vacances d'un médecin. » Paris, in-12.°

Hanbuch « der speciellen Pathologie u. Therapie. Hrsg. von H. v. Ziemsenn. 16. Bd. » Leipzig, in-8.°, pag. VIII-699.

Cont: « Handbuch der Geisteskrankheiten von H. Schüle. 2. umgeänd. Aufl. »

Heckel, « Compendium der Unterleishernien. » Stuttgard, in-8.° pagine III-144.

Hensman A. « Anatomical outlines. Part. 4, the head and neck. » London, in-4.°

Hofmann E. « Nouveaux éléments de médecine légale. Trad. par E. Lévy. Introduction et commentaires par P. Brouardel. » Paris, in-18.°, con 50 fig.

Houzé de l'Aulnoit A. « A. Thérapeutique chirurgicale, Nouv. méthode de la cure radicale de l'hydrocèle par l'injection de quelques gouttes d'une solution de perchlarure do fer au 16.° » Paris, in-8.°

Hughes R. « Manuel de thérapeutique selon la méthode de Hahnemann. Trad. et annoté par J. Guérin-Meneville. » Paris, in 12.°

Hueter C. « Grundriss der Chirurgie. 1. Helfte. Allgemeiner Theil. » Leipzig, in-8.°, pag. XIV-510, con 176 fig.

Jacobelli A. « Agenda nazionale del medico chirurgo italiano. Anno II, 1880. » Napoli, in-24, pag. 95.

Jahresbericht « üb. die Leistungen u. Fortschritte auf dem Gebiete des Militar-Sanltätswesens. Bearb. von W. Roth. 6. Jahrg: Berict für 1879. » Berlin, in-8.°, pag. 150.

Jalaguier A. « De la lymphangite aiguë à forme gangréneuse. » Paris, in-8.°

Kassowitz M. « Die normale Ossification und die Erkrankungen des Knochensystems bei Rachitis u. hereditärer Syphilis. 1. Thl.: Normale Ossification. « Wien, in 8.°, pag. x-327, con 13 tav. color.

Kingsford A. « De l'alimentation végétale chez l'homme (végétarisme). » Paris, in-8.°

Kocks J. « Die normale und pathologische Lage und Gestalt des Uterus, sowie deren Mechanik. » Bonn, in-8.°, pag. VIII-85, con 6 tav. e fig.

Laveran A. et *Teissier J.* « Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales. 2 vol. » Paris, in-8.°

Lenhossék J. « v. Die künstichen Schädelverbildungen im allgemeinen und zwei künstlich verbildete makrocephale Schädel aus der Barbarenzeit Ungarns. » Wien, in 4.°, pag. VIII-138, con 3 tav. e 16 fig.

Lesser L. « v., Die chirurgischen Hilfsleistungen bei dringender Lebensgefahr. (Lebensrettende Operationen). » Leipzig, in-8.° pag. VIII-195.

L'Huillier. « De l'application des lois de l'acoustique à l'étude des maladies du cœur, ou des maladies du cœur chez les gens bien portants ou qui paraissent l'être. » Paris, in-8.°

Liveing R. « Handbook on diseases of the skin with especial reference to diagnosis and treatment. 2. ed. » London, in-12.° pag. 350.

Luzzatto B. « Embolia dell'arteria polmonare. » Milano in-8.°

Marmonier. « Maladies de la moelle épinière; diagnostic différentiel des myélites, avec de nombreux tableaux synoptiques. » Paris, in-8.°

Martin E. « Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen. 4. Aufl. hrsg. von A. Martin. » Stuttgart, in-8.°, pag. XIV-293, con 26 fig.

Minati C. « Ostetricia minore. » Milano, in-8.°, pag. XIV-400, con 102 inc.

Monti L. « Caso di mericismo in un semidiota epilettico. » Torino, in-8.°, pag. 14.

Moynac L. « Manuel d'anatomie descriptive. Tome II. Splanchnologie, organes des sens, embryologie. » Paris, in-12.°, con 221 fig. (L'opera completa in 2 vol.)

Munde C. « Diphtheritis und Schlangengift. Alkohol als Gegengift. Ein Beitrag zur Geschichte u. Heilung der Diphtherie. » Leipzig, in-8.° pag. 44.

Nothnagel H. u. *Rossbach M. J.* « Handbuch der Arzneimittelehre. 4. umgearb. Aufl. » Berlin, in-8.° pag. XII-848.

Pajusco F. « Della gravidanza cervicale, considerazioni cliniche. » Roma, in-8.°, pag. 58.

Peyrot. J. J. « De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale. » Paris, in-8.°

Playfair W. S. « A treatise on the science and practice of midwifery. 3. ed. 2 vols. London, in-8.°, pag. 810.

Powell R. D. « Consumption and certain diseases of the lungs and pleura. » London, in-8.°, fig.

« Recuil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire, Tome IX. » Paris, in-8.°, con 2 carte topogr.

Reder. « Della lissa, rabbia canina, idrofobia. » Napoli, in-8.° gr., pag. 56.

Redier J. « Appareils prothétiques de la bouche. » Paris, in-8.°

Réveillé-Parise J. H. « Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, etc. Édition refondue par E. Carrière. » Paris, in-12.°

Richards J. M. « Chronology of medicine, anciens, mediaeval, and modern. » London, in 8.°

Riol C. « Étude critique et clinique de la délivrance per expression. » Paris, in-8.°

Russel E. G. « Malaria, its cause and effects: malaria and the spleen; injuries of the spleen; and analysis of 39 cases. » Calcutta, in-8.° pagine VII-370.

Samuel S. « Compendium der allgemeinen Pathologie. » Stuttgard, in-8.°, pag. VIII-432.

Schüller M. « Experimentelle u. histologische Untersuchungen üb. die Enstenhung u. Ursachen der skrophulösen u. tuberkulösen Gelenkleiden.» Stuttgart, in 8.°, pag. VII-236.

Schultz B. S. « Lehrbuch der Hebammenkunst. 6. Aufl. » Leipzig, in-8, pag. XXI-362, con 87 fig.

Siedamgrotzky O. e *Hofmeister V.* « Guida al diagnostico microscop. e chimico delle malattie degli animali domestici. Trad. da U. Caparini. » Napoli, in-8.°, pag. IX-190, con 50 incis.

Stanelli R. « Die Tuberculose u. Lungenschwindsucht. Mit Rücksicht auf die neuesten Tuberkelimpfungsexperimente vom vitalen Standpunkte aus erläutert. » Wieu, in-8.°, pag. 32.

Stilling J. « Ueber das Sehen der Farbenblinden. » Kassel, in-8.°, pag. 91, con 2 tav. color.

Testut L. « Vaisseaux et nerfs des tissus conjonctifs, fibreux, séreux et osseux. Anatomie et physiologie. Paris, in-8.° con 4 tav.

Tholozan J. D. « La peste en Turquie dans les temps modernes; sa prophyloxie défectueuse, sa limitation spontanée. » Paris, in-8.°

Transactions « of the American Gynecological Society. Vol. 4, for the year 1879. » Boston, in-8.°, pag. VIII-506, fig.

Tweedy J. « Ophthalmic Hospital Reports. Part I, Vol. 10. » London, in-8.°, pag. 138, con tavole.

Vachetta A. A. « Sull'embolismo gazoso per penetrazione d' aria nel sistema circolatorio: studii clinici e sperimentali comparativi. » Pisa, in-8.°, pag. 156, con 3 tav.

Verga A. « Davide Lazzaretti, e la pazzia sensoria. » Milano, in-8.° pag. 137.

Weil A. « Handbuch und Atlas der topographischen Percussion nebst einer Darstellung der Lehre vom Percnssionschall. 2 Aufl. » Leipzig, pag. XII-255, con 4 incis. e 26 tav.

Weiss J. « Compendium de Psychiatrie. » Wien, in-8.°, pag. VIII-273.

Wernicke C. « Ueber den wissenschaftlichen Standpunkt in der Psychiatrie. » Kassel, in-8.°, pag. 22, con tav.

Westphal. « Pychiatrie und psychiatrircher Unterricht. » Berlin, in-8.°, pag. 35.

Wölfler A. « Ueber die Entwickelung u. den Bau der Schilddrüse mit Rücksicht auf die Entwickelung der Kröpfe. » Berlin, in-4.°, pag. VII-60. con 7 tav. e fig. cart.

Zuber C. « Une mission médicale en Russie. La peste de gouvernement d'Astrakan en 1878-1879. » Paris, in-8.°

« Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten mit besond. Berücksicht. der Pilztheorie. Vorträge, gehalten im Aezertl. Vereine zu München. 1. Helfte. » München, in-8.°, con 3 fig.

AVVERTENZA

Il *Vasserglasverband*, di cui è detto a pag. 52 e 53, va tradotto per *fasciatura col silicato di potassa* (vetro liquido), e non altrimenti.

Il Direttore e Gerente responsabile
Prof. A. Corradi.

INDICE DELLE MATERIE

CONGRESSI MEDICI STRANIERI.

VARIETÀ.

INDICE
DELLA PARTE RIVISTA

Vol. CCLIV. — 2.° Semestre. — 1880.

Indice alfabetico delle sezioni

Indice alfabetico degli Autori

Indice alfabetico delle materie

A

B

C

D

E

F

G

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

Z

X

FINE DEL VOLUME 254.





